

# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÓGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

Közlemény a budapesti kir. m. tud. egyetem II-dik belklinikájáról (Kétli Károly tanár).

A ferratinról.

Dieballa Géza dr., tanársegéd.

A ferratin<sup>1</sup> újabb gyógyszereink közt kétségtelenül első sorban érdemel figyelmet. Érdekes főleg két szempontból: először mint mesterséges úton előállított szerves vasvegyület, továbbá azért, mert épen ezen tulajdonságánál fogva felvétele a szervezetbe a többi vaskészítményekétől elütő módon történik. Mig ugyanis a vaskészítményekről általánosságban felveszik, hogy azok indirect úton hatnak, vagyis megkötik a bélhuzamban fejlődött kénhydrogént, s ezáltal módot nyújtanak a tápszerekben foglalt vasfehérjének, hogy assimilabilis állapotban maradván a szervezetbe felszívathassék, addig a ferratin direct felszívódásra képes. *Schmiedeberg* ferratinja egy „fehérjesavas-vasvegyület”, azonos a májban jelenlevő vasfehérjével, előállítva vegyi úton; tartós összeköttetésénél fogva a benne foglalt vas huzamosabban ellenáll a bélben fejlődött kénhydrogen behatásának, s így alkalma van felszívódni, mielőtt a kénnel oldhatatlan vegyületet képezett volna; ezen tulajdonsága mintegy egyenrangúvá teszi a táplálékkal felvett vas-fehérjével, s azon várákozásra jogosít, hogy úgy viselkedjék a szervezettel s az anyageserével szemben, mint ez utóbbi. Szóval a ferratin nem „pótlószér”, hanem „táplálékanyag” szerepét játszani van hivatva.

Eddig a theoretikus okoskodás, melynek *Schmiedeberg* s *Marfori* állatkísérletei tényleges alapot is kölcsönöztek.

A dolog azonban nem oly egyszerű, mint első pillanatra tetszik. Maga a vas szerepe az organismusban is még mély homályba van burkolva, másrészt az eddig alkalmazásban volt vaskészítmények physiologiai actiója, illetőleg sorsa a tápláló esaternában sincs *Bunge* genialis elméletével teljesen eldöntve, sőt tekintélyes buvárok véleménye szerint a gyógyszerül bevitt vas nagyrészt felszívódik, hogy rövid idő múltán a véráramból a bélesaternán át ismét csaknem teljesen kiküszöböltessék; képes-e a vas ezen rövid körpálya alatt a bélesaternától a májig s onnan vissza a bélbe jelentékenyebb actióra? vagy csupán *Bunge* theoriája értelmében mint a kénhydrogént megkötő anyag fejt-e ki üdvös hatását? Bármint legyen is, az elvitázzhatatlan tény, hogy a vas hatása bizonyos körülmények között, így sápadtságban szenvedők vérregenerációjánál szembe-  
szökő és semmiképen nem magyarázható azon gyenge „edző” befolyásból, melyet a gyógyszerül bevitt vas a gyomornyálkahártyára s ezáltal az étvágyra gyakorol. A ki csak egyszer is figyelemmel kísérte azon intensív vérképzést, melyet vérszegénységben szenvedőknél a vasszerelés megkezdése után rövid pár nap alatt észlelni lehet, nem fog többé habozni ezt direct, primaer befolyásnak, s nem alárendelt, úgyszólván kerülő úton létrejövő hatásnak tulajdonítani.

<sup>1</sup> *Schmiedeberg*: Ueber das Ferratin und seine diätetische und therapeutische Anwendung. Archiv. f. exp. Path. u. Pharmak. Bd. 33. A ferratin tüzetesen ismertette e lap hasábjain *Vámosy* dr.: „Schmiedeberg „ferratin“-járól, tekintettel a normalis vasfogyasztásra”. Orvosi Hetilap, 1894. 43. szám.

Ha már az eddig használatos vaskészítmények, homályba burkolt áthasonlításuk daczára is, oly szembe-  
szökő módon gyakorolják hatásukat az anyagesere bizonyos részletére, annál inkább várható ez egy oly készítménytől, melyről kísérleti úton be van igazolva, hogy a bélesaternán át nagyrészt felszívatik, s csak részben található fel ismét a székletében. Ezen körülmény ösztönözt arra, hogy a ferratin therapeutikai értékével behatóbban foglalkozzam, egyrészt absolut értékének megítélésére a többi vaskészítményekkel szemben, másrészt azon szempontból, hogy nyilvánul-e qualitativ különbség is a ferratin s egyéb vaspraeparatumok hatása között, más szóval a ferratin kedvező felszívódási viszonyai kifejezést nyernek-e egy vagy más irányban annak therapeutikai hatását illetőleg?

Előre becsátom az észlelt esetek kivonatos ismertetését, különös tekintettel a haematológiára; megjegyzem még, hogy a ferratin csupán oly esetekben alkalmaztam, melyekben therapeutikai beavatkozás nélkül gyors és számbavehető vérregeneratio nem volt várható, miután elhibázott dolognak tartom oly eredményekből vonni következtetést, melyek minden gyógybeavatkozás nélkül, egyszerűen nyugalom és kedvező diätetikai viszonyokra is beállottak volna; ez okból pl. vérzés után fejlődött másodlagos anaemiákra nem terjesztettem ki vizsgálataimat, s ha nem is vontam meg betegeimtől a gyógyulásra feltétlen szükséges kedvező hygieniai s étrendi körülményeket, különös tekintettel voltam arra, hogy a ferratinhatás lehetőleg tisztán nyilvánuljon.

1. J. Zsófi, 19 éves hajadon. Diagnosis: *chlorosis*. 2 év előtt pár hónapig tápkóros volt. Újabban pár nap óta szédül, szívdobogásai vannak, gyengül, étvágytalan s színét gyorsan veszti. 15 éves korától kezdve menstruál, rendszeren 1 napig, sárgás-savószerűt, állítólag sohasem véreset. *Status praesens* 1894. november 23-dikán. Jól fejlett és táplált, bőr s nyálkahártyák igen halványak. Tüdő ép, szívesűs rendes helyén, szívimpulzus normalis, az egész szív felett, a pulmonalis felett intensiv systol. zörej. Nyakon élénk vena zörejek. Hasi szervek épek. Vizelet normalis.

Datum	Haemoglobin	Vörös vér-sejtek száma	Fehér vér-sejtek száma	Testúly kgm.-okban	Therapia	Megjegyzés
Nov. 24.	50	3.240,000	5600	52	Délben s este 1—1 gm. ferratin.	—
Decz. 1.	50	3.680,000	7320	53	Ugyanaz.	—
„ 9.	53	4.600,000	3800	53.4	„	Jan. 7., 8-án savós-sárgás menstruatio.
„ 16.	65	4.760,000	5900	53.1	„	—
„ 23.	75	4.384,000	4500	53.6	„	—
„ 30.	70	5.720,000	5900	54	Január 2-dikától kezdve ferratin-t nem szed.	Jan. 29—31-ig kissé véres menstruatio.
Jan. 5.	80	6.040,000	7800	53.6	Ugyanaz.	—
„ 11.	80	5.400,000	4200	53	„	—
„ 14.	75	5.880,000	5400	53.7	Újra szedi a ferratin-t.	—
„ 19.	85	6.080,000	9200	54.5	Ugyanaz.	—
„ 25.	85	4.840,000	6100	53.5	„	Jan. 21—23-ig kissé véres menstruatio.



Beteg étvágya már az első 1—2 napon megjött. Január 2-dikán gyomorégés és hasmenés támadt nála, miért is bismuthlandanum porokat szedett, s a ferratint 6 gm. natrium hydrocarbonicummal vette; erre gyorsan helyrejött, s színét is csakhamar kezdte visszanyerni, csak a szívdobogás nem csökkent. Január 2-dikán erős gyomorfájás lepte meg, miért is a ferratint nem adtuk tovább. Január 14-dikétől újra szedte, s azóta emésztési zavarok nem jelentkeztek. A további lefolyásban a nyaki vena zörejek teljesen eltűntek, a szíven csak a pulmonalis felett hallható gyenge systol. zöreje. Kisebb fokú hysteriás tünetektől eltekintve a klinikát gyógyultan, viruló színben hagyta el.

2. G. Erzi, 18 éves hajadon. Diagnosis: *chloro-anaemia tuberculosa*. 1893. április óta köhög, időnkint véreset köp; 1894. november óta ágyban fekszik, nagyon elgyengült, lesoványodott, étvágya teljesen megszűnt. Egy év óta 2—4 héti időközökben menstruál, többnyire 1 hétig s elég bőven. *Status praesens* 1894. november 22-dikén. Gyengén fejlett s táplált, rendkívül halvány. Mindkét tüdőcsúcs erősen infiltrált. Szívtompulat rendes nagyságú, szívhangok tiszták, nyakon élénk dorombzörejek. Köpetben igen sok Koch-féle tubercul. bacillus. Vizelet normalis.

Datum	Haemoglobin	Vörös vér-sejtek száma	Fehér vér-sejtek száma	Testsúly kgm.-okban	Therapia	Megjegyzés
Nov. 25.	55	4.560,000	13,680	49.5	Naponként 2 gm. ferratin-symptomatikus kezelés.	—
Decz. 2.	65	4.520,000	9,880	49.4	Ugyanaz.	—
" 9.	60	4.800,000	14,000	50.7	"	—
" 16.	60	4.360,000	13,000	50.7	"	Jan. 16—19-ig tartó rendes menstruatio.
" 29.	80	4.320,000	9,500	49.2	"	—
Jan. 6.	75	5.056,000	13,700	49	"	—
" 15.	70	4.520,000	10,900	50	"	Jan. 18-tól kezdve rendes menstruatio.
" 29.	70	5.040,000	16,800	49.5	Jan. 26-dikától kezdve ferratint nem szed.	—

A ferratin szedése óta igen jó étvágya van, a nagyfokú halványság is üdőbb arczzsinnek engedett helyet. Általában jobban s erősebbnek érzi magát. A tüdő állapota változatlan, sokat köhög, bőven köp ki, de sohasem véreset. Éjjelenként nem izzad, délutánonként 38—38.6° C. hőemelkedései vannak.

3. Cs. Ilona, 19 éves hajadon. Diagnosis: *chlorosis*. 17 éves kora óta igen halvány, könnyen szédül, úgy annyira, hogy néha el is esik. Utóbbi hónapokban étvágytalan, feje gyakran fáj. 10 nap előtt pneumoniát állott ki. Havi baját 17 éves korában kapta meg, de az néha hónapokra is kimarad, legutóbb 4 hó előtt jelentkezett. Vasat gyakran szedett. *Status praesens* 1894. december 20-dikán. Jól fejlett s elég jól táplált. Bőr igen halvány, ajkak krétafehérek. Tüdő ép. Szívtompulat rendes nagyságú, a pulmonalis felett gyenge systol. zöreje. Nyakon élénk venazörejek. Vizelet normalis.

Datum	Haemoglobin	Vörös vér-sejtek száma	Fehér vér-sejtek száma	Vér fajsúlya	Testsúly kgm.-okban	Therapia
Decz. 20.	35	3.616,000	5700	1044	66	Naponként 2 gm. ferratin.
" 29.	56	4.272,000	5000	1045	66.7	Ugyanaz.
Január 4.	58	5.120,000	5100	1050	67.5	"
" 10.	63	5.000,000	7900	1050	68.4	"
" 16.	60	4.840,000	4200	1050	69	Naponként 3 gm. ferratin.
" 22.	67	5.840,000	3600	1053	69.5	Ugyanaz.
" 29.	70	5.720,000	8000	1056	70.5	"
Febr. 5.	77	5.440,000	7400	1057	71.2	" *)
" 12.	85	5.200,000	6400	1056	70.6	Ferratint nem szedi tovább.
" 17.	81	5.480,000	6200	1058	71	Ugyanaz.
" 25.	85	5.100,000	6500	1058	—	—

\*) Február 8-dikától 15-dikéig bő menstruatio (félév óta először).

A ferratin szedése óta igen jó étvágygyal eszik, ereje gyorsan visszatér, nem szédül, egészséges arczzsinét is csakhamar visszanyeri; 1 hétig tartó bő menstruatio után gyengeséget egyáltalán nem érez; a klinikát viruló színben, teljesen gyógyultan hagyja el.

4. K. Albert, 50 éves napszámos. Diagnosis: *anaemia pernicioza*. Két év óta beteg, baja általános gyengeséggel, gyakori fulladással kezdődött. Időnkint hasmenései vannak s megsárgul; étvágytalan. Pár hónapja kórházi ápolásban részesül. *Status praesens* 1894. december 4-dikén. A jól fejlett csont s izomrendszerrel bíró beteg erősen lesoványodott. Bőr s nyálkahártyák rendkívül halványak, kissé sárgába játszó színűek. Tüdő ép. Szívtompulat rendes nagyságú, a szív felett mindenütt gyenge syst. zöreje hallható. Nyaki vénák felett erős dorombzöreje. Máj és lép mérsékelten megnagyobbodottak, a rendesnél kissé resistensebb, sima tapintatúak. Szemfenéken pár hetes retinalis vérzés nyomai. Vizeletben sok urobilin mutatható ki. Székletét helyenkint véresikokkal kevert.

Datum	Haemoglobin	Vörös vér-sejtek száma	Fehér vér-sejtek száma	Vér fajsúlya	Testsúly kgm.-okban	Therapia
Decz. 4.	43	1.120,000	2600	1040	51	— *)
" 12.	30	764,000	2200	1035	50.8	—
" 15.	30	756,000	2800	1035	51.2	Naponként 2 gm. ferratin.
" 17.	25	916,000	1750	1034	51.4	Ugyanaz.
" 19.	30	752,000	1700	1034	52.5	"
" 23.	35	920,000	1300	1035	53.9	"
" 28.	30	600,000	2700	1034	54.2	"
Január 2.	35	952,000	3200	1035	53.9	"
" 6.	30	784,000	3900	1038	54.5	Naponként 3 gm. ferratin.
" 15.	25	720,000	1400	1035	55.4	Ugyanaz.
" 24.	25	896,000	2000	1036	55.7	"
Febr. 1.	26	960,000	2800	1036	55.8	"
" 8.	28	800,000	2100	1034	56.7	"
" 15.	29	796,000	3300	1034	56.7	"
" 19.	28	768,000	2800	1034	56.7	"

\*) Nagyfokú poikilocytosis; számos óriás vörös vérsajt, néhány magas vörös vérsajt. Fehér vérsajtek aránya: Polynuclearis neutrophil: 55%, Lymphocyta: 21%, Nagy mononuclearis: 13%, Átmeneti alak: 8.5%, Eosinophil: 2.5%.

A betegnek gyakran vannak orrvérzései, székleté apró véresikokkal kevert; utóbbinak többszöri vizsgálata ankylostomum duodenalera (foglalkozása földhányás) negatív. Esténként 38—38.9° C. hőemelkedései vannak. A ferratin megkezdése óta étvágya helyreállott, sőt a rendesnél is nagyobb, beteg hizásnak indult. Egyéb tünetek lényegesen nem változtak.

5. D. Jánosné, 23 éves, lakatos neje. Diagnosis: *chlorosis*. Egy év óta sápadt, feje fáj, szédül, étvágytalan, oldalszurások kiozzák, nagyon elgyengült. 16 éves kora óta rendes időközökben, 8 napi tartammal, bőven menstruál. Egyszer szült, gyermeke egészséges. *Status praesens* 1895. január 3-dikán. Közepesen fejlett, lesoványodott; igen halvány, ajkak fehérek. Tüdő ép. Szívtompulat rendes nagyságú, szívhangok tiszták, a jobb jugularis int. felett élénk dorombzöreje hallható. Hasi szervek épek; vizeletben kevés fehérje, göröső alatt kóros alakelem nem látható.

Datum	Haemoglobin	Vörös vér-sejtek száma	Fehér vér-sejtek száma	Vér fajsúlya	Testsúly kgm.-okban	Therapia
Január 3.	52	4.376,000	6800	1044.5	56.5	Január 5-től naponként 2 gm. ferratin.
" 8.	60	4.432,000	9100	1049.5	54	Ugyanaz. *)
" 15.	60	4.920,000	5900	1052	54.7	"
" 22.	67	5.040,000	10,300	1052	56.2	"
" 29.	70	4.800,000	5400	1053	56.4	"
Febr. 6.	80	4.320,000	5400	1055.5	57	" **)
" 13.	68	4.880,000	9200	1052	57.7	Ferratint kihagyatik.
" 17.	75	4.920,000	8000	1053.5	56.7	Ugyanaz.

\*) Január 7—10-ig 38—39° C. hőemelkedésekkel járó tonsillitis follicularis.

\*\*) Havi baja ma jött meg s 12-dikéig tartott; sok vért vesztett.



Beteg a ferratin vétele óta jó étvágygyal eszik, fokozatosan visszanyeri erejét s természetes arcszínét. A kezelés 2-dik hetében venazörej a nyakon már nem hallható. A klinikát gyógyultán hagyja el.

(Folytatása következik.)

## Homokóra-gyomorról egy operált eset kapcsán.

Közli *Ihrig Lajos* dr., műtő.

Langenbuch tanár, titkos tanácsos úr szíves engedélye folytán közölhetem a következő esetet, melyet operálásakor láttam és további sorsában megfigyeltem. Figyelemre méltónak tartom, mint ritkaságot, nem a kuriozumért, hanem mivel eredetének problémáját hordja magával, mely titokzatosságával a tudásvágyat ingerli bennünk. A kórtörténetet csupán főbb vonásaiban ismertetem, s a részletekre vonatkozólag Langenbuchnak közleményére utalok, melyet a berlini orvosi lapok valamelyikében az esetre vonatkozólag maga fog közzétenni legközelebb.

N. N., 40 év körüli nőbeteg évek óta gyomorbajos; hónapok óta sokat hány, ételmaradékot és nyálkát, véreset soha; lesóványodott. Megfigyelés alatt tumor nem volt tapintható, fekélyedésre valló tünetnek gyanúja sem lelhető, gastrektasia vizsgálat által kizárható, daczára annak, hogy a hányadék tipikusnak tartott három rétege ennek felvételét támogatta. Több heti kezelés eredménytelensége s a legszorgosabb vizsgálat sikertelen volta a titokzatosság felderítése szempontjából a próbalaparotomia tervéhez vezetett, s az erők hanyatlása kivételét sürgősen indikálta. Műtét 1894. december 30-dikán; lefolyásából a következőket közlöm: Metszés a has középvonalában a gyomorgödörtől kiindulól, közel 20 cm.-nyi hosszúságban, bőrön és összes rétegeken keresztül a fehér vonalban a hashártyáig hatol; vérzés-esillapítás. A hashártya megnyitása és biztosítása. A műtő jobb keze a hasüregbe hatol, szerveit tapogatva bejárja, miközben az epehólyagban kövek jelenlétét, az ovariumokban apró cystákat, s egyéb jelentéktelen részleteket ismer fel, végül pedig a gyomrot, a tapintott alakeltérés megtekintése céljából, egész terjedelmében a sebrésbe húzza. Az alakeltérés egy középi körkörös befűződésben állott, mely a gyomrot harántátmérőjében osztva, jobb- és baloldali, egyenlő nagyságú részre választotta, lúdtollszárnak átjárható közlekedő csatornát hagyott, s a szervnek egészében homokóra-alakot kölcsönzött. Négy, az összes rétegeket befoglaló, erős varrat a hasfalat a szükséges műtői tér határáig időlegesen zárja, s a maradt részen bedugott steril compresssek a beleket védik. Metszés a gyomor haránttengelyében, a szűkület hossza mentén, az összes rétegeken keresztül, 8–10 cm.-nyi hosszúságban; néhány vérző edény bekötése. A szűkület fala jelentéktelenül vastagodott, rétegei épek, savós hártya borítéka sima, nyálkahártyája érintetlen, csupán a cardia-rész felőli bemenete előtt til egy hegeseedett fekély. A szűkület falának szerkezete makroszkopice semmiben sem különbözik az általa elválasztott gyomorrészekétől. A gyomor sebb egyesítését a metszését keresztező irányban, háromsoros varrattal, miáltal tágas közlekedésű normalis gyomoralakok származik. Az időleges hasfalvarratok kiszedése után hashártya-varrás, a metszés mindkét szegletétől a résben fekvő gyomorvarrat határáig. Oldalbemetszések e magasságban harántul 2–2 cm. terjedelemben, s az így támadt keresztalakú sebrésben a gyomor-falnak rögzítése néhány varrattal a peritoneumhoz, szorosan a gyomorvarrat mentén és terjedelmében. Most következik zárása a hasfal bőr- és izomrétegének két etageban, a mi a maradt peritonealis rés felett az által válik lehetővé, hogy terjedelmében egy pár metszés azokat lefejtí róla. Vékony steril gaze-csik vezet e varratok között a gyomorfeület szabad szegélyéhez.

A kórlefolyásból nem sok feljegyezni valóm van. Első három napon híg táplálék, ettől fogva lassú átmenet tömörebbekre a beteg nyomorúságos erőbeli állapotára való tekintetből. Székletétel mindjárt a műtétet követő napokban, s azóta nagybőrra rendszeren. Nyolczadik napon első kötészváltás, gyógyulás prima intentio útján, varratok kiszedése, gaze-csik

eltávolítása. A harmadik hét végén kis hasfali tályog jelentkezik a peritonealis rés magasságában, okaképen egy selyemligatura távolítottatik el és napok alatt gyógyul. Ma az eset, mint műtét, teljesen gyógyult, a beteg közérzete jó, étvágya kitérő, emésztése rendszeren működik s csak sajnálom, hogy a testsúly gyarapodását kilogrammokban nem tudom.

Az eset sok tekintetben figyelemre méltó és nemcsak mint különlegesség érdekes, hanem az operáló eljárásban és eredményében sincsen tanulság nélkül. Első sorban természetesen maga a bántalom és annak természete érdemel kiváló figyelmet, mint irodalmi ritkaság és fejlődési rendellenesség egyaránt. Talán nem lesz érdektelen, ha a következőkben az összegyűjtött irodalmi adatokat vázlatosan közlöm, részben azért, mert az előfordulás gyakoriságáról képet nyújt, és ezideig, tudommal, nem történt; részben azért, mert az összegezett kép a bántalom genesisét legtanulságosabban megvilágítja. Az első megbízható adatot 1870-ből találok, — bár történik utalás korábbi megfigyelésekre is, — a közlés *Jagotól* származik, a ki „Hour-glass stomach” cím alatt egy *heges szűkület* által két részre osztott gyomrot ír le. (Med. Times and Gaz.) *Carrington* 1882-ben 3 homokóra-gyomrot mutat be orvosi szakülésen (Notes of three cases of hour-glass contraction), melyekben ép úgy mint az irodalomból gyűjtött több esetében, *hegnek nyoma sincsen* s a rendellenesség *véleszületettnek* vehető. Bővebben és tudományosan elsőnek foglalkozik a bántalom aetiológiájával *Rasmussen* 1885 (Hospitalstidende) és 1886-ban (Ueber die Magengeschwür-Furche u. d. Ursache d. Magengeschwüre, Centralblatt f. d. med. Wiss. 10.) több megfigyelés kapcsán. Figyelmeztet a *bal bordaív nyomása alatt fejlődő befűződési barázdára*, mely a májon, mint a foetalis gátolt fejlődés állandósult maradéka, kifejezésre jut, s a gyomron, annak folytatásaképpen, a *kicsiről nagy hajlására húzódo, atrophikus behűződés alakjában nem ritkán található*. *Rasmussen* szerint ez a barázda, illetőleg ennek negatív kifejezése, a gyomor belvilága felé kiálló *lécfeleképek keletkezésének kedvező helye*, nemcsak elméletben, de számos bonczolat leletében is, és a végeredményes hegvonall zsugorodása közben homokóra-alak fejlődéséhez vezethet. A bal bordaív nyomásának eme hatását pedig nemcsak a foetalis fejlődés határai közé szorítja, hanem felnőttekre is kiterjeszti és ama tapasztalatát, hogy nőknél a fekélyek ama kedvező vonala szembeeszkő módon beválik, sőt az ismeretes májbarázdákkal párosul, mint a fűzőnyomás eredményét, saját felfogása támogatására értékesíti.

1889 óta minden esztendő hozott egy-egy casuistikus közleményt több-kevesebb értékes adattal és ez adatok általánosításával. *Kern* esete (Ein Fall von Sanduhrmagen. Inaug. Diss. Berlin, 1889.) garatrak műtete után, a mesterséges táplálás közben fellépett, esillapíthatatlan hányásnak esett áldozatul s a bonczolat homokóra-alakú gyomrot mutatott, a kis ujj számára átjárható *fekélyheges* összekötő csatornával. Szöveti vizsgálat a stenotikus hely nyálkahártyáján túltengési folyamatot (Wucherung) talált s a *mirigytesteket szaporodottaknak*, kivezető csöveiket ferdén elnyújtottaknak mutatta. *Bauermeister* 1890-ben ismertet egy homokóra-gyomrot (Fall v. Ule. ventr. chron. u. Sanduhrmagen. Inaug. Diss.), mely perforatio miatt végzett műtét közben jutott megfigyelésre, a vérzésre való tekintetből drainező ellátásban részesült és halálos kimenetelhez vezetett. *Lünnemann* esetében (Sanduhrmagen. Inaug. Dissert. Würzburg, 1891.) két egyenlő nagyságú gyomorrészlet egy 2 cm. hosszú, kisujjnyinál szűkebb, *heges* falú csatorna által volt összekötve. A cardia-részlet a szűkület környékén több fekély hegétől behintett s a borító, vékony hámréteg *mirigytestek szaporodását*, kivezető csöveik elnyúlását mutatja a szűkületen és nagy környezetében, mit a ciklikus a vérből fekélykörnyék fokozott táplálkozási viszonyainak tulajdonít. Érdekes, hogy az *első részleten erősebb izomfalzat*, mintegy munkahypertrophia-féle folyamat eredménye volt látható.

Az operatív úton gyógyított első esetet *Schmid-Monnard* ismerteti. (Ueber Sanduhrmagen. Münch. med. Wochenschr. 1892, 29. sz. 358. l.) A diagnosis fekélytől származó, heges behűződésre szolt s ennek eltávolítását vette célba a műtét. Homokóra-lelet *heges* közlekedő csatornával. 1.5 cm. hosszúságú, vastagodott



gyomorfalrészlet kivágása a csatorna hosszában, egyesítés varratokkal a meghosszabított metszés vonalát keresztező irányban, Heineke-Mikulicz szerint. Gyógyulás. A kivágott részlet szöveti vizsgálata carcinomát kizárt.

1893-ban Saake járult hozzá egy érdekes közleménnyel e casuistikához. (Ein Fall v. Sanduhrmagen. Virchow-Archiv 134. köt.) Gyomorrák gyanúját keltő, cachectikus egyén, daganat nélkül, kinél a két hypochondriumot elfoglaló, s egy közbülső tompa csik által kettéválasztott, léghangú terület érdemel említést. Sectio homokóra-gyomrot fedez fel  $\frac{3}{4}$  cm. átmérőjű közlekedéssel, a szűkület helyén a két részlet tengelyének  $90^\circ$ -os megtörése, mely a pylorust a cardiához aránytalanul közel viszi. Pyloruson rákos polyp, a szűkület helyén fekély s a cardia-részletben egy a fekélyről lefűződöttnek tartott carcinomás tömeg. Legfigyelemreméltóbb azonban a nagy gonddal tanulmányozott és pontosan vázolt izom- és szálaglefutás, mely a befűződés helyén talált csavarmeneteivel ébrénykorból származható csavarodásra volna visszavezethető és e szerint congenitális eredetre vall.

És végül — mint a hogy régi tapasztalat értelmében a ritkaságok kumulálódni szoktak, ha mindjárt hallomás útján is — néhány nappal a Langenbuch esete után a Wiener med. Wochenschrift újságv. számában hasonlóan leírását találom, egy a német természetvizsgálók és orvosok bécsi congressusáról szóló referatumban, melyet Wölfler eredményes műtét után, mint gyógyultat, mutatott be. Előzőleg felismerhető ezúttal sem volt, s a műtét megoldás gastroanastomosis készítésében állott, melyet a bemutató azzal indokol, hogy a szűkület helye, a hasnyálmirigygyel való heges összenövése miatt, műtét számára nem volt hozzáférhető. Krönlein azon kérdésére, hogy a mestersegesen készített és eredeti csatorna között támadt lik lehet-e aggasztó, az iménti indokolás tulajdonképpen nem felelet, s ha lik ott csakugyan nem maradt, csakis a kettőt képező serosa felületek összevarrása által képzelhető lehetőknek. Nagy sajnálatomra a szükséges referaturnak csak vázlatosan adja vissza az érdekes részleteket.

Az ismertetett közlemények 1870 óta 10 tipikus esetről szólnak. Rasmussen két munkája inkább a fejlődési folyamat elméleti fejtegetésére helyezi a súlypontot s tapasztalatait csak ennek támogatására értékesíti. Az esetek számából mindenekelőtt azt látjuk, a mi előre is sejthető volt, hogy rendkívüli ritkasággal van dolgunk, és tárgyalásának inkább elméleti, mint gyakorlati értéke van. Kérdés, emez elmélet számára mivel lettünk az egyes esetekből okosabbak? Többel, mint első tekintetre látszanék. Mindenekelőtt e vázlatos ismertetésben is nyilván szembeötlők, hogy eredetük magyarázásában két ellentétes felfogás áll egymással szemben. Az egyik heges zsugorodás folytán létrejöttek tartja a középrész szűkületét és ennek értelmében másodlagosan szerzettnek az alakeltérést; a másik mint fejlődési rendellenességet, congenitálisnak fogja fel. Mindegyik felfogás bizonyító erejű adatokkal tudja támogatni tanát, melyek a kérdés eldöntését nagyon megnehezítik. Az esetek többsége heget mutat fel, nemcsak a szűkület falában, hanem környezetében is a fekélyes folyamat és kimenetelének egész skáláját. Számban megegyeznek azok a megfigyelések, melyek ama falat és annak minden rétegét szöveteileg physiologicus épnek találták, legfeljebb elrendeződésük physikai szerkezetében voltak képesek pathologikusnak nem mondható rendellenességet kimutatni. Számban, mondom, de nem súly szerint. A kérdés első stádiumában a körül forog, veleszületett-e eféle alakeltérés vagy kóros folyamat terméke? és eldöntésében egy esetleges kóros folyamat az alakeltérést feltételező szűkület helyén csak nemleges értékű adat, a mig okozati összefüggésekben a prioritás meg nem állapítható. Világosabban szólva, a fekélyedésről nem lévén megállapítható, hogy oka-e vagy okozata valamely szűkületnek, minden esetben csak annyit bizonyít, hogy a congenitalis eredet bizonyítékát nem sikerült benne találnunk.

Egyetlen eset, melyet megbízható vizsgálat ép szöveti szerkezetének bizonyított, pozitív értékű és bizonyító erejű argumentum.

És eme következtetés alapján, azon kevés számú esetre támaszkodva, melyek — ez irányban legalább — ép szövet-

viszonyokat mutattak, habozás nélkül azon eredményt vonom le, hogy a homokóra-alakú gyomorban veleszületett fejlődési rendellenességgel állunk szemben minden esetben. A világért sem akarom ezzel a közlekedő csatorna gyakori fekély heges folyamatát kétségbe vonni, vagy értékét leszállítani, de nem is jutok vele ellenmondásba. Még pedig nem is azért nem, mintha fekélyedést ama csatorna mentén mint véletlen találkozást concedálnék csupán, hanem mivel a gyomor lumenét szűkítő, praeformált léczet egyenesen arra praedisponálnak tartom. Sőt annyira megyek, hogy eféle ébrénykori befűződés csatornává szűkítését a legtöbb esetben következményes, tehát főképpen heges folyamatok rovására szeretném írni. És ezzel tulajdonképpen a Rasmussen felfogásánál volnánk, a ki tudvaleőleg a gyomrot ketté választó atrophikus léczet és ezen másodlagosan megindult fekélyes folyamatot több esetben látta s ez alapon építette fel elméletét. Eddig tehát járt úton haladnánk s egy további lépés számára irányadó szempontunk az, milyen eredetűnek és minő keletűnek tartjuk a fejlődési rendellenességet? Rasmussen a bal bordaív nyomása alatt létrejött, tehát gátolt fejlődési folyamat eredményeképpen fogja fel, és nem csupán az ébrénykorból keltezi, hanem magasabb életkorra is hajlandó kiterjeszteni származását. Bizonyítékul szolgál neki azon körülmény, hogy női hullán gyakrabban találkozott ama határvonallal, illetőleg e vonalon fekélyedő hajlandósággal, mint a fűző nyomása alatt — az ismeretes májbarázdák analógiájára — bordaközvetítés útján létrejött rendellenességgel. Ez az adat, ha megbízható, minden esetre bizonyíték felfogása mellett, de nem azért, mintha magának a rendellenességnek fejlődését e magasabb korban igazolná, hanem mivel physiologikus szöveten erőművi úton támasztott akadálnak kórokozó hatását bizonyítani, vagyis a gyomor lumenébe kiugró léczet, a nem praeformáltat is, fekélyképződésre praedisponálnak mutatná. Az elsődleges alakeltérésnek, mint fejlődési rendellenességnek, keletére nézve észszerűen csak az a felfogás jogosult, hogy ébrénykori származású, miután minden későbbi keletű, kórtermék. Az eredetre nézve a gátolt fejlődés mellett leginkább a májlebegek határoló barázda szólna, melynek a gyomoré, kettéosztás esetén, Rasmussen megfigyelése szerint, folytatását képezte. Értékesíthető volna pedig annnyival inkább, miután a fejlődési rendellenességek keletkezésében a gátolt fejlődésnek kiváló búvárok, mint Geoffroy St. Hilaire, Panum és Dareste elmélete kiváló szerepet tulajdonítanak. A kérdésnek azonban más oldala is van és csak ennek kellő megállapítása nyújthat tiszta képet a megítélés számára.

A földi szerves élet keletkezését és fejlődését felderíten len homály takarja, s a tudomány e kérdésben problematikus hypothesiseken túl nem jutott, mind a mellett elutasíthatatlan szükség a természettudomány alapján álló megoldás számára, hogy legalább is az egyes fajok őstypusára visszamenjünk, ha e fajok átalakulásának kérdését nem akarjuk is bolygatni. Minket itt a gerincesek typusa érdekel, mint a melynek a szervezetség legmagasabb fokán álló tagja az ember. Tudjuk, hogy e typus alfajai, mint családtagok között a hasonlatosságot átöröklés közvetíti, mely az alapjelleg tágas keretei között mozog és sem szervhez, sem generációkhoz kötve nincsen. És a fejlődési rendellenességek egész során azt a megfigyelést tesszük, hogy az emberi szervezet a közös gerinces typus határai között variálhat egyes részleteinek változataiban. Mint ilyet viszi küzdelembe Darwin a polydaktyliát, Vogt a mikrocephaliát tartja annak, és egészen kétségtelenül e hasonlatra vezethetők vissza a polymastia esetei (az emlők lágyékhajlatig terjedő kettős sorával), valamint a durványos farkesikesigolyák nyulványai egyes torzokon biztos farokmaradványok. Ez volna az ú. n. atavismus, vagyis visszafajzás megszámlálhatatlan generációkon a gerincesek typusában, descendentia útján. Ez a felfogás azonban élénk ellenmondásra talál a tudományos értelmezésben, mely alfajok egyes jellegének átöröklését egy másoknak individuumára, közvetítés nélkül, képtelennek tartja a természet következetessége mellett jellegei megőrzésében. A dolognak azonban más magyarázata van, mely végeredményben persze ugyanoda vezet. A foetalis fejlődés és állatsorozat bizonyos emelkedő fokozatai között párhuzamot vonva ugyanis,



közel fekszik az a valószínűség, hogy az ember ébrényi fejlődése közben a gerincecslek típusának fokozatos fejlődését végig csinálja. És ez álláspontból itélve meg az atavismus példait, értelmezésük lényegesen módosul, nem azért, mintha ezzel kevésbé volnának típusok átöröklésének bizonyítékai az őstípuson belül, hanem mivel a fejlődés egyes megállapodásai az állati szervezethez alantasabb fokozatain, magának a peteozslási folyamatnak természetéhez tartozó ébrénykori korszakot jelzenek, mint a fejlődés megállapodásának idejét. Ez pedig annyit tesz, hogy állathasonlatosságok a torzszülötteken nem visszafajzást jelentenek az állatsorozatban, hanem időpontot az ébrényi fejlődésben. Ez az értelmezés persze szintén csak hypothetikus értékű és helyessége felett nem vagyok hivatott véleményt mondani, annyi azonban kétségtelen, hogy az atavismus példái magyarázatra szorulnak, mert létezésük tagadhatatlan.

(Folytatása következik.)

### Közlemény a budapesti magy. kir. tud. egyetem kórboneztani intézetéből (Pertik Ottó h. tanár).

#### A hashártyából kiinduló endothelioma számos metastasis-sal a belső szervekben.

Közli: Lovrich József dr., kórboneztani tanársegéd.

Az alábbiakban egy ritkábban előforduló daganatot akarok ismertetni, mely úgy megjelenési alakja, mint kiindulási helye által kelti fel érdeklődésünket további vizsgálatra. Az eset 14 éves fiúnál fordult elő, a ki 1894. november elején vététt fel az első belgyógy. kóródára súlyos icterus miatt. A gyermek, ki annakelőtte teljesen egészséges volt, hasában két diónyi nem fájdalmas daganat keletkezését vette észre, melyhez gyomorgöresök csatlakoztak; majd lélekzete nehéz lön s köhögni kezdett, minek okául diffus hurutot constátáltak a tüdők felett. Az icterus magyarázatára pedig májkapuban levő megnagyobbodott nyirkmirigyek, illetve hasdaganat jelenlétét a májkapu körül vették fel. Később dyspnoéja keletkezett és tüdőoedema kifejezett jeleivel halt el január hó 1-én.

A boncolásnál talált elváltozásokat a következőkben foglalhatjuk össze:

A korához képest elég jól fejlett lesoványodott hulla bőre sárgás-zöldes; has erősen elődomborodó. Tüdők hátsó részleteikben szívós álhártyákkal mellkasfalhoz rögzítettek, széli részleteiken, valamint mellső felületükön puffadtak, vér- és anyagszegények, halvány sárgás-szürkék; e mellett a felületükön számos jól körülírt kölesnyi—nagy diónyi, helyenként egymással összefolyó, solid, tömött daganatok fordulnak elő úgy a pleura alatt, mint magában a tüdő állományában elszórva. Ezen góczok metszfelületükön halvány sárgás-rózsaszínűek, helyenként kénsárga tüszúrásnyi egész kölesnyi petytyektől behintettek, állományuk mindenütt igen tömött, illetve merev. A daganatok a periphéria felé számban és nagyságban növekednek, úgy hogy közvetlen a pleura alatt láthatók a legnagyobb góczok. A tüdő felületén a pleura alatt, valamint állományában az egyes metszlapokon számtalan a nyirkpályák lefutásának megfelelő kénsárga csíkokból összetett mozaikszerű rajzolat látható oly elrendeződésben, hogy ezen rajzolat kiinduló és betérő helyét mindig egy-egy daganat alkotja, melyeket így egymással hidszerűleg összekapcsol. A tüdő különben halvány sárgás-zöldes-barna, vérszegény, nedvdús, igen sok finoman habzó savót ürít.

A mediastinum anticum s posticumban, valamint a mellhártya fali lemezén számos gömbölyded vagy ovalis, bab egész mogorónyi igen tömött, az előbbiekkal teljesen megegyező szerkezetű góczok láthatók, melyek metszfelületükön hasonlóan kifejezett carcinomás rajzolatot mutatnak. A peribronchialis mirigyek hasonlóan ugyanilyen daganatokká alakultak át.

A diaphragma máj felé eső részlete egész terjedelmében egy legnagyobb szélességében 14 mm. vastag pánczéllá alakult át, melynek csupán a mellkas felé tekintő szélén látunk egy körülbelül 1 mm. széles, halvány barnás-veres, sorvadtt izomzatot, különben számos lencsényi, mogorónyi göbcsékből van összetéve, mi által úgy a mellkas mint a hasür felé tekintő felszínén dudorzos felületű; metszlapjukon kötőszöveti kötegek által képezett

keretbe beékelte homályosabb, át nem tetsző pontokkal és csíkokkal behintett, mely mellett számos részben kénsárgán áttetsző, részben füvegszerű egynemű plaqueok láthatók.

Máj a diaphragmához felső és hátsó felületén le nem választatólag szívós kötőszövet által rögzített; méretei 24, 18, 9 cm., felület felé kiemelkedő lencsényi daganatoktól dudorzos felületű; tokja megvastagodott, szívós. Felületén a nyirkedények üre sárgás tömegektől kitöltött, mi által hasonlóan a tüdökhöz, mozaikszerű rajzolat tárul szemünk elé. Maga a máj feketés zöldes-barna, tömött; állományában számos jól körülírt solid tumorok láthatók, melyek mellett számos pontszerű apróbb szemcséktől behintett góczok találhatók. Ezen tumorok mind az előbb leirtakhoz teljesen hasonlóak. A jobb s bal lebeny között a ligamentum suspensoriumban számos apróbb kis mogorónyi göbcsékből összetett, dudorzos, tyúktójasnyi daganat foglal helyet. Epehólyag, ductus cystikus, choledochus körüli mirigyek egy körülbelül férfikölnyi, számos apróbb babnyi—diónyi göbcsékből összetett tokba beékelte daganattá alakultak, úgy hogy az epe levezetése teljesen meggátolt. Epehólyag ürében körülbelül evőkanálnyi, kocsonyás összeállású szürkés-zöld nyák található.

Pancreas egész lefutásában, főleg a fejénél mogorónyi—diónyi daganat közé ékelte és állományában is számos lencsényi—babnyi daganat gócz foglal helyet, melyek közül a legnagyobb, körülbelül diónyi a pancreas fejében látható. Mesenterialis mirigyek babnyi egész diónyi daganatok által vannak képezve. Nagy cseplesz kivongált és számtalan kölesnyi—babnyi az előbbihez teljesen hasonló daganatok által behintett, melyek a periphéria felé egy gyermek alkarnyi vastag köteget képeznek, a mely számos apró góczokból összetéve, dudorzos felületű. Gyomor előtti és megetti mirigyek hasonlóan ilyen daganatok által képezvők.

Jobboldali mellékvese méretei  $6\frac{1}{2} : 3\frac{1}{2} : 1\frac{1}{2}$  cm., dudorzos felületű, állományát az előbbi daganatokhoz teljesen hasonló, apróbb góczokból összetett, tyúktójasnyi terjedelmű, de laposabb tömeg foglalja el és csupán felső szélén látható egy körülbelül 3 mm. széles sorvadtt kéregállományt mutató sáv. A bal mellékvese méretei  $4 : 2 : 1\frac{1}{2}$  cm., különben normalis és csupán mellső felületén van egy babnyi daganat, gócz.

Az excavatio vesicorectalisban egy 6 cm. széles, 4 cm. magas,  $2\frac{1}{2}$  cm. vastag, peritoneum által borított daganat van beékelve, mely a hasür felé néző felületén dudorzos, számtalan apróbb göbcséktől behintett egyenetlen felületű. Metszlapján fentiekhez teljesen hasonló külemet mutat.

Ezen anatómiai elváltozásokból látható, hogy egy rosszindulatú újképlettel van dolgunk, a mely a pleurán, peritoneumon, diaphragmán, nagy csepleszen, excavatio vesicorectalisban, gyomor előtti s mögötti mirigyekben, mesenteriumban, epehólyag, ductus choledochus körüli mirigyekben, mellékvesében, pancreasban, tüdőben s májban fordul elő és mind e helyeken főleg a nyirkpályák telődöttek, így nevezetesen a pleurán, diaphragmán.

A daganatok makroszkopikus küleme jellemezve van állományuk merev volta által, és hogy metszlapjukon carcinomás rajzolatot tüntetnek elő.

A daganatrészek mikroszkopiai vizsgálat ezéjából alkoholban keményítettettek és a nyert metszetek pikrokarmin vagy haematoxylin-eosin-festés után a következő görösövi képet adták:

A daganat vázát egy sejtszegény rostos kötőszövet képezi, melyben néhány ruganyos rost és orsóalakú, nagy, kerekded magvú kötőszöveti sejt foglal helyet. A váz üreit lymphocytákhoz hasonló sejtekből alkotott fészkek és kötegek töltik ki, melyek henger- vagy gömbalakúak, helyenként összefonódva faszerű elágazódásaikkal szövik át a váz kötőszövetét. A fészkeket alkotó sejtek magvai aprók, a sejthez viszonyítva nagyok, kerekdedek, igen erősen festődők. (Methylenkékel festett készítményeken élesen tűnek el a hámsejtmagvak szokott festődésétől.) Keskeny protoplasma köpenyűk finoman szemcsés. Maguk a fészkek legnagyobb részét diffus határuak és csak itt-ott mutatnak jól körülírt éles széleket, ellentétben a rákkal, hol a stroma és sejtkötegek közti határ feltűnően éles szokott lenni.

Ezek mellett néhány vérzés, zsírosan degenerált részlet és egynemű apró, kerekded, fénylő, magfestést fel nem vevő, áttetsző góczok tarkítják a daganat görösövi képet.



Előfordulnak nem festődő részletek is, apró homogen, szabálytalan rögeszékéből s sejtmagmaradványból összetéve. A véredények tágultak, üreiket helyenként a fészkekben előforduló sejttömegek töltik ki. Nyírkedények tágultak s kissé szaporodottak. Lényegileg ugyanezen képet nyújtja valamennyi daganat: a regressiv processzusok mindegyikben egyenlő fokúak.

Feltűnő ezen górcsövi leletben, hogy epitheliális rákhoz hasonló fészkeket kötőszöveti sejtek alkotnak, és így a *carcinoma diagnosisa* elcsúszván, *endotheliomára* kell gondolnunk, mely mellett szól a daganat feltűnő kemény, szívós volta, alveolaris szerkezete, mely makroszkopice is észrevehető rajzolatban nyilvánul; továbbá a fészkek diffúz górcsövi határa és ezen fészkekben foglalt sejtek mineműsége.

Vizsgáljuk meg, mennyire felel meg jelen esetben a daganat megjelenési alakja az endothelioma fogalmának. Ismeretes az, hogy az endothelioma jóindulatú álképlet, mely azonban néha metastasisokat is alkot és ekkor carcinomához hasonló képet mutat, azzal a különbséggel, hogy a fibrosus kötegek által alkotott vázban nem hámsajtharakterű sejtek csoportjai fordulnak elő szabálytalan elágazódásban és továbbjárázásban, hanem ezek helyett ébrényi típusú epitheloid sejtek által képezett tömeg található. Tudjuk azt, hogy az endothelioma megjelenési alakja kétféle: sejtes és fibrosus. Fejlődési talajuk szerint változik consistentiája és jó-, illetve rosszindulatú volta; így a serosus hártályakon fejlődő endotheliomák merevek, fibromaszerűek és azon tulajdonsággal bírnak, hogy egyéb belső szervekbe, minők csont, tüdő, máj, mellékvese, metastasisok képzésére hajlamosítva vannak. Tovaterjedésük úgy a vér, mint a nyírkpályákon történhetik. A tisztán fibrosus alakja vagy mint körülírt dag, vagy diffúz infiltratio alakjában szokott megjelenni, mely utóbbi főleg a serosus hártályakon fejlődik ki és ekkor szomszéd szervek nagyfokú compressióját is okozhatja.

A metastasisok képezése miatt e daganat endothel ráknak is neveztetik (Wagner, majd utána Schulz Richard).

Esetünkben, tekintettel arra, hogy a górcsövi leletben fel-említett nagyszámú henger, illetve gömbalakot képező fészkek némely készítményekben a kötőszöveti váz felett túlnyomó számukkal dominálnak, más készítményeimből pedig éppen ellenkezőleg teljesen háttérbe szorulnak, ezen eset kapcsán azon véleményemet nyilvánítom, hogy jelen endothelioma sem a szerzők által leírt „fibrosus,” sem pedig a „sejtes” alakhoz nem sorolható, hanem vegyes alaknak, az úgynevezett „sejtes fibrosus” alaknak (Klebs) felel meg.

A daganat fejlődési ideje, tekintettel arra, hogy a megejtett sectio előtt csupán két hónappal vette észre a gyermek hasában 2 diónyi daganat fejlődését, igen gyorsnak mondható, a mi malignus természetét fényesen documentálja.

A mi a *primaer kiindulási gócz helyét* illeti, erre nézve többféle szempontból kell az esetet méltányolnunk. Ha a daganat makroszkopikus megjelenését vesszük tekintetbe, úgy a leghatalmasabb tömeget a csaknem 1 1/2 cm. vastag pánczéllá alakult rekesz és az excavatio vesicorectalisban levő csaknem férfikölnyi daganatgócz alkotja; azonban nem az egyes daganatgóczok nagysága irányadó ezek primaer kiindulási helyük megállapításánál, mert hiszen csaknem emberfönyi metastasisokat látunk pl. a májban alig kimutatható fibrosus emlő- vagy gyomorrákoknál. Sokkal fontosabb útbaigazítással szolgálnak nekünk régi degeneratív folyamatra utaló elváltozások, mint hegszövetnek jelenléte vagy előrehaladott szétesési folyamatok. Jelen esetben ilyeneket kimutattunk nem sikerült, mert valamennyi daganat górcsövi képe teljesen egyező minden sajátosságával és degeneratiójával, úgy hogy ezekből következtetést vonnunk arra, hogy melyik gócz fejlődött időben hamarabb, csaknem lehetetlen; azonban ha ismerjük az endothelioma azon sajátosságát, hogy ez a serosus hártályakon szokott primaer módon fellépni, s hogy éppen a serosus hártályakon fejlődő endotheliomák igen gyorsan alkotnak metastasisokat, úgy megközelítő bizonyossággal felvehetjük, hogy jelen esetben a diaphragma has-hártályai borítéka tekinthető a daganat kiinduló helyének. Ebből könnyen értelmezhető úgy a pleura, illetve tüdő, mint a hasüri szervek tekintélyes számú szerveibe történt áttevődése a daganatnak.

A mi az áttevődés útját illeti, erre górcsövi leletünkben hatalmas támaszpontot nyújt a *véredények ürterének helyenként daganatgóczszal való kitöltött volta és tényleg az endotheliomák áttevődési útja éppen a vérpálya lefutási irányának szokott megfelelni.* A

nagyfokú icterust könnyen megfejtethetjük azon körülményből, hogy az epehólyag, ductus cysticus s choledochus körüli mirigyek egy körülbelül férfikölnyi, számos babnyi, diónyi göbésékből összetett daganat tömegbe van ékelve, úgy hogy az epe levezetése ezek által teljesen lehetetlenné vált. E mellett bizonyít azon lelet is, hogy az epehólyag ürében körülbelül evőkanálnyi, kocsonyás, szürkés-zöld nyák volt található.

Hasonló eseteket közölt a külföldi irodalomban Klebs, Kundrat, Schulz R. és Fraenkel A.

Végül hálás köszönetemet fejezem ki tisztelt főnökömnek, Pertik Ottó egyet. tanár úrnak, ki jelen eset közlését nekem átengedte.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

### Budapesti kir. orvosegyesület.

(X. rendes ülés 1895. márczius 30-dikán.)

Elnök: Pertik Ottó; jegyző: Imrédy Béla.

#### A) Bemutatások.

##### Osteomalacia súlyos esete.

Neumann Siegfried. A 36 éves nőbeteg — kinek e baja 10 évvel ezelőtt mutatkozott először — rendkívül lesoványodott, teste egészen összeesett, magassága 120 cm., az egyén egészséges korában állítólag középtermetű volt, e mellett a végtagok aránytalanul hosszúak, a nyak rövid, előre hajlott, a hát erősen domború, a has lógó, a lumbalis táj mély horpadást képez; ha a beteget kellőképpen megtámasztjuk, s felállítjuk, úgy a medence dőlését fokozottan találjuk, a térdek erősebben dudorodnak elő, a lábujjak befordulnak, a sarkok ellenben szétternek. A gerincoszlop háti szelvénye igen nagyfokú kyphosist mutat, melynek legkimagaslóbb pontja az V. hátsigolya; ezzel szemben a lumbal táj mély lordosist képez, annyira, hogy a szintén erősen hátfelé domború keresztcsont és a háti kyphosis között mély gödör támad, melybe az ököl mélyen beleilleszthető; a gerincoszlop e mellett skoliotikus elferdülést is mutat, a háti szelvényben bal-, a lumbal tájon jobb felé tekintő mérsékelt domborulattal. A keresztcsont felső része mélyen a medencébe nyomul be, teste erősen meggyűrűlve hátfelé domborodik, csúcsa, valamint a farkcsikcsont ellenben hirtelen, kampószerűen a medenceüreg felé görbül. A mellkas magassági és oldalirányban összenyomott, ellenben a mell-háti diameter irányban megnyúlt. A medence változásait illetőleg: a symphysis orrmánszerű, a spinae anteriores superiores, valamint a cristae ilei erősen tátonganak, a cristák körülbelül közepén erősen meg vannak törve, olyképen, hogy a megtörési szűg-től mellfelé eső részüik erősebben tátong, az attól hátfelé eső rész ellenben a medence tengelyéhez közelebb jutott; a trochanterek rendes frontális síkjukhoz viszonyítva mellfelé nyomultak. Belső vizsgálatnál a szeméremívet annyira szűknek találjuk, hogy egy ujját is csak nehezen bocsát át, a két acetabulum tája körülbelül 3 cm.-re közeledett egymáshoz. A kis portio retroponálva a promontorium előtt foglal helyet, az uterus kicsiny, atrophikus. A nagy elferdülések mellett a beteg légzési kitérései nagy fokban korlátozottak, úgy hogy a légzés túlnyomóan hasi jellegű. A beteg a nagy fájdalmak miatt mozdulatlanul fekszik, s oly izmokat igyekszik mozgáskor igénybe venni, melyek működése mellett a csontok vongáltatása a legkisebb. A csontok hajlékonyak, a patellar-reflex erősen fokozott. A beteg jelenleg láztalan, étvágya rendes, a vizelete normalisnak mondható. A therapia phosphoradagolásban áll: 0.05:50 gm. csukamájolajra, naponta 2 kávékanálnyi mennyiségben.

##### Hasüregbeli daganat érdekes esete.

Kétli Károly. A 40 éves nőbeteg hasüregében a közép vonalban, a köldöktől valamivel felebb egy ökölnyi, könnyen mozgatható és mozgó daganat van jelen, a mely alakra és consistentiára nézve a veséhez hasonlít. A beteg panaszai abban állottak, hogy mult év október óta hasában időnként fájdalmakat érez, étvágya fogy, lesoványodik, november óta majdnem minden reggel hány és hányadékában a megelőző estén elfogyasztott ételek maradványait látja. Mindenekelőtt a daganatnak localisatiója iránt kellett tisztába jönnünk, vagyis, hogy a daganat vándorvase-e, és ha nem, melyik szervből indul ki. A gyomor felfúvásánál azt találtuk, hogy a daganat jobb felé és kissé lefelé tér el, midőn pedig a vastag beleket fúttuk fel, a daganat jobbfelé és felfelé tért el. Ez arra mutatott, hogy a daganat a gyomorral függ össze, mert a vesedaganat a gyomor, de főleg a belek felfúvásánál mindig hátra tér és rendesen el is tűnik. A gyomor alsó határa a felfúvás után a köldök alatt 2 cm.-nyire volt; ez arra mutatott, hogy ez esetben gyomorektasia van jelen, gyomorektasia pedig legtöbbször a pylorus szűkületéből származik. Annak eldöntésére, hogy a daganat, mely a gyomorból indul ki és a pylorust szűkíti, mily természetű, a gyomor elválasztási, felszívódási és mozgási működését vizsgáltuk. A salol és jódkáli próbánál kintt, hogy a gyomor motorikus és felszívó képessége egyaránt jelentékenyen alászállott, miután a salol bevétel után a vizeletben a salicylursav csak 2 óra múlva és a jódkálium bevétel után a jódpórlóba a nyálban csak 30 perc után volt kimutatható és a próbareggeli elköltése után egy órával esz-



közölt vegyi vizsgálata a gyomortartalomnak kiderítette, hogy a gyomorban az emésztés tetőpontján a szabad sósav majdnem teljesen hiányzik, ellenben mindig találtak tejsavat, bár a próbareggseli elköltése előtt a gyomrot mindig kimostuk. A vizelet vizsgálatáig mindig indicánt mutatott ki a vizeletben. A vörös vörsejtek száma rendes, 4.800.000 egy mm<sup>3</sup> vérben, de e mellett csekély fokú leukocytosis forog fenn, a mennyiben a fehér vörsejtek száma 132.000. Mindezen tünetek alapján, bár az egyén csak 40 éves és a kifejezett cachexia nála nem észlelhető, a daganatot ráknak, még pedig pylorus-carcinomának tartja, mert eltekintve a jelenlevő gyomortágulattól, mely a pylorus szűkületére vall, a gyomordagاناتok csak akkor mutatnak ily mozgékonyt, ha a pylorus táján ülnek. Ennélfogva mennél előbbi műtői beavatkozást, t. i. gyomorresectiót tart szükségesnek ez esetben.

#### Önként visszafejlődő lüktető exophthalmus.

**Grósz Emil.** Az 56 éves férfi jobb szemének sérüléséből származó szürke hályogját 1873-ban az egyetemi szemklinikán operálták. 1894. év július hó elején létráról 3 meternyi magasságból lebukott, eszméletét elveszítette, orra vértett, s utána 6 hétig súlyos beteg volt. Kezdetben nagy fejfájásai voltak, melyek utóbb enyhültek, de feje azóta folyton zúg. Bal szeme a sérülést követő hetekben mindinkább előbbre dülledt. Szeptember 24-dikén az egyetemi szemklinikán jelentkezett. Akkor azt találták, hogy a pillák és kötőhártya vizenyősek, maga a szemteke nagy mértékben előre tölt, mozgásaiban minden irányban gátolt, a visszahelyezés fájdalom nélkül majdnem teljesen sikerül, a mikor a carotis lüktetésével egybeeső pulzálás tapintható. Pupilla középtág, fényre jól reagál, szemfenékben venosus hyperaemia; a halánték felett folytonos zúgás hallható, mely systole alatt erősödik. A lüktetés s zúgás a carotis összenyomása alatt szűnhet. Látás 175 D hypermetropia manifestum mellett majdnem teljes: 5/7.

Október hóban látása hanyatlani kezdett, s december közepére teljesen elveszett. Szeme azonban helyét visszafoglalta, s úgy a zúgás, mint fájdalmai enyhültek.

Márczius hó 25-dikén újlag jelentkezett a klinikán a most is látható állapotban. A protrusio, a szemhéj s kötőhártya vizenyője megszűnt, a pulzálás alig tapintható, a zúgás még hallható, de kisebb fokban. A látás azonban teljesen elveszett, s a szem glaucoma absolutum képét adja.

A megelőző sérülés, az azt követő tünetek, valamint a zürej jellege arra a felvételeire jogosították bemutatást, hogy felvegye, miszerint a lüktető exophthalmus oka a carotis internának a sinus cavernosusban történt repedése által keletkezett aneurysma arterio-venosum. Tehát az eset hasonló volt ahhoz, melyet Korányi Sándor a mult ülésben bemutatott.

A tünetek visszafejlődése csak thrombosis útján magyarázható. A glaucoma keletkezésére pedig a pangás adhatott alkalmat. Epen ez utóbbi körülmény is támogatja azok véleményét, kik a carotis communisnak minél előbb való alakítását ajánlják, mert ime ez esetben, a midőn az oly ritka spontán visszafejlődés következett be, a látás mégis áldozatul esett. A carotis alakítás 3 veszélye közül az utóvérzés és sebfertőzés mai nap már minimalisra csökkenthető, míg az anaemia által keletkezett cerebriális tünetek elkerülhetők, ha a lekötés előtt digital compress'o által előkészítjük az anastomosis utait.

### Országos magyar balneologiai egyesület.

Az orsz. magyar balneologiai egyesület 1895. évi márczius 31-dikén tartotta meg évi rendes közgyűlését *Taufer Vilmos* tanár elnöke alatt a budapesti kir. orvosegyesület helyiségében.

*Lőw Sámuel* dr. egyesületi főtitkár felolvassa jelentését az egyesület mult évi működéséről; a fontosabb adatokat a következőkben közöljük.

Az egyesület igazgató-tanácsa részint saját kezdeményezése folytán, részint a belügyministerium felszólítására több fürdőügyi kérdéssel foglalkozott; így az ásványvizek kezelésével, a fürdőhelyeken üzött prostitúcióval, a vasárnapi munkaszünet enyhítésével, az ásványvizekre rótt fogyasztási adóval, a meteorologiai észlelésekkel stb. Több évi előkészítés után a kormány érdekelt tagjainak egy általános fürdőtörvény javaslatát nyújtotta be, mely az egész fürdőügyet átöleli; ezen javaslat tárgyalására a belügyministerium legközelebb enquetet fog összehívni. Az egyesület két fürdőügyi kiállítás rendezett; az egyiket tavaszkor Bécsben az élelmezési kiállítás alkalmából, a másikat őszkor Budapesten a nemzetközi hygienikus congressus keretében; az utóbbi alkalommal a magyar fürdőkről és forrásokról ismertető füzetet tett közzé, mely magyar, német és francia nyelven jelent meg és díjtalanul osztott szét. Igen nagy előkészületek történek az ezredéves országos kiállításra, melynek keretében az egyesület külön balneologiai pavillont fog létesíteni; az egyesület tagjai ezen pavillon költségeire közel 18.000 forintot írtak alá.

A tagok száma az orvostudományi osztályban 239, a gazdasági osztályban 73, összesen 312.

Jelentése végén a főtitkár azon kiváló positióra utal, melyet az egyesület magának kivívott és azon eredményekre, melyeket elért.

*Édeskuty Lajos* pénztáros jelentése szerint az egyesület bevételei az 1894. évben 2719 frt 77 kr-ra, kiadásai 1491 frt 30 kr-ra rúgtak, úgy hogy az 1894. évi pénztári maradvék 1228 frt 47 kr. Az 1895. évi költségelirányzat 2158 frt 47 krnyi bevételt és 1250 frtnyi kiadást tüntet fel.

A közgyűlés ezen jelentéseket elfogadván, a főtitkárnak és pénztárosnak köszönetet szavazott ügybuzgó és sikeres működésükért.

Ezután a közgyűlés a tisztújítást ejtette meg. Elnökké és főtitkárrá közfelkiáltással újból *Taufer Vilmos* és *Lőw Sámuel* választottak meg. Az orvostudományi osztály elnöke *Bókai Árpád*, jegyzője *Pap Samu* dr. lett; választmányi tagok lettek: *Borbás József*, *Boleman István*, *Bruck Jakab*, *Chyzer Kornél*, *Grünwald Mór*, *Marschalkó Tamás*, *Polyák Lajos*, *Schächter Miksa*, *Than Károly* és *Wesely József* dr.-ok.

A gazdasági osztály elnökévé *Schweimmer Ernő* tanárt, jegyzőjévé *Ladik Gusztáv* dr. ügyvédet választotta meg. A választmány tagjai lettek: *Ámon Ede*, *Édeskuty Lajos*, *Hirschler Mór*, *Hahn Gusztáv*, *Münich Aurél*, *Nedeczey János*, *Oelhoffen Henrik*, *Preysz Kornél* dr., *Smialowszky Valér* dr., *Szontágh Miklós* dr. és *Török József* gróf.

#### V. magyar balneologiai congressus.

I. nap (márczius 31-dikén).

1. *Pap Samu* alsó-tátrafüredi fürdőorvos „Az ásványvizek forgalmának megadózatása” cziműn tartott előadást, melyben a balneologiai egyesület igazgató-tanácsa megbízásából az ásványvizekre kivetett és érvényben levő adókat ismertette azon concret eset kapcsán, hogy Szeged városa 1893-ban egyéb élvezeti és élelmi cikkek között az ásványvizekre is városi fogyasztási illetéket vetett ki. Hasonló eset merült fel először az igazgató-tanács előtt akkor, midőn Budapest székes főváros közgyűlése a tanács előterjesztésére az ásványvizekre palaczk, illetve literenként 1 kr. fogyasztási adót vetett ki, holott a behozott ásványvizek után régebb idő óta waggononként 20 frt kövezet-vám szedetik. A fővárosi közgyűlés e határozata ellen az érdekelt forrástulajdonosok és ásványvíz-kereskedők kérelmére a balneologiai egyesület a belügyministerhez appellált, és e lépést teljes siker koronázta, a mennyiben a belügyminister a főváros e határozatát nem erősítette meg. Budapesten tehát megmaradt a „status quo ante”, de számos vidéki város, mint Szeged, Baja, Páncsova stb. külön fogyasztási adót ró az ásványvizekre. Az ásványvíz-ipar és kereskedelem megvédelmezését az indokolatlan megterhelés ellen közegészségügyi és nemzeti-gazdasági érdek egyaránt parancsolja. Előadó azt indítványozza tehát, hogy a balneologiai társulat a belügyministerhez felirat útján azon kérelemmel forduljon, hogy az ásványvizeknek városi fogyasztási illeték alá vonását törvényes jogánál fogva akadályozza meg.

A balneologiai congressus az előadó ezen indítványát egyhangúlag elfogadta.

2. *Bossányi Béla* a budapesti szt. Lukács-fürdő orvosa „A budapesti források és fürdők gyógyászati és közgazdasági értékéről” tartott előadást.

A budapesti hévizeknek gyógyszeremponthól való fontosságát növeli a források óriási vízbősége, a mennyiben naponként 1/4 millió hektoliter meleg vizet szolgáltatnak, és az a körülmény, hogy hőfokuk annyira megfelelő, hogy hűtésre alig van szükség. E források vizének használata által elérhető kitűnő gyógyeredményeknek legjobb bizonyítéka a budapesti gyógyfürdők nagy törzsközönsége; e tekintetben Budapest a francia Aix-les-Bainshez és a német Aachenhez hasonlít. A budapesti hévizek közgazdasági értékéről fogalmat nyújthat már az is, hogy a másfél millió fürdőző mellett a megtakarítás szénben évenként 100.000 frtra rúg. A nagy vízbőség lehetővé tette a hygiene minden követelményének megfelelő és igen olcsó népfürdők létesítését. A fürdőszállodákban a vendégek száma évenként több mint 3400, az összes gyógykezeltek száma 8000-re tehető; minthogy pedig a kimutatott fürdővendégek átlag 7-szerre tovább időznek itt mint más idegenek, ez az összes budapesti idegenforgalomnak 20%-ával ér fel.

A budapesti keserűvizek a világ legjelesebb ilyenű vizei, exportjuk oly jelentékeny (5 1/4 millió palaczk évenként), hogy az összes külföldi ásványvíz-importot felülmulja. Sajnos azonban, hogy a budapesti források és fürdők nem fejleszthetnek kellőképen, és a mérvadó körök által nem méltányoltanak eléggé.

Előadó egy állami felügyelet alatt álló városi fürdőbizottság szervezését tartja kívánatosnak, a mely az összes budapesti fürdőügyet vezetné.

*Taufer Vilmos* ily bizottság alakításától nem sok eredményt várna, hanem felkéri az előadót, hogy az általa felhozott érdekes adatok kapcsán concret javaslatokat terjesztszen a balneologiai congressus elé az iránt, hogy miként lehetne a fővárosi hévizeknek fel nem használt nagy részében rejlő jelentékeny gazdasági értéket kiaknázni.

3. *Rózsa Félix* „A fürdők sajtóbeli viszonyairól” tartott előadást és egy magyar fürdőügyi lapnak a balneologiai társulat aegise alatt leendő kiadását sürgette.

*Lőw Sámuel* utalt arra, hogy már 30 évvel ezelőtt *Chyzer Kornél* indított meg ily lapot, de ez valamint számos utódja pártolás hiánya folytán csakhamar megszűnt. Az egyesület maga is foglalkozott már ez eszmével, de egyelőre még sem valósíthatta meg, egyrészt azért, mert a lap üzleti érdekeit nem tudta az egyesület méltóságával kellően összeegyeztetni, másrészt mert a lappal nem védhette volna meg egyformán valamennyi hazai fürdő érdekeit.

#### II. nap (1895. április 1-én).

*Tauszk Ferencz* „A szív viszonya az idegbántalmakhoz” czimén tart előadást. Szerinte a szívbántalmak és az idegrendszer megbetegedései között az összefüggés sokféle a nélkül, hogy a szív beidegzéséről szóló jelenlegi ismereteink mellett a viszony a legapróbb részleteiben felismerhető volna. Részletezi első sorban klinikai szempontból a szívbántalmakat, melyeknél az ideges jelenségek azoknak kísérő tüneteit képezik. Ezután azon idegrendszerbeli kóros viszonyokat tárgyalja, melyek nem sanguinikus elváltozáson alapuló szívtünetektől kísérték. Végére pedig azon kóros elváltozásokat ismerteti, melyek az ideg-



rendszer sanguinikus alapon nyugvó pathologikus állapotával állanak kapcsolatban. Az előadás további folyamán kitér szülő az asthma azon alakjára, mely taláiban psychikus vagy nervosus hyperaesthesia névvel jelölhető. Ismerteti a stenocardia és pseudostenocardia közti különbséget, a palpitatio cordis subjectiv és objectiv alakját, a neurasthenia cordis különböző féléseit, a vagus neurosisokat, a digestio reflex-neurosisokat stb. Ismerteti azon bonczati és physiologikus tényezőket, melyek hatása alatt ideges szívántalmak organikus szív-elváltozásokat eredményeznek és ezekhez fűz egyes balneotherapeutikus megjegyzéseket.

Előadásának további folyamán behatóan részletezi azon összefüggést, mely a tabes és szív között nemcsak tünetileg, de boncztanilag is fennáll.

A kórbonczati viszonyok méltatása alapján azon eredményre jut, hogy tabesben szenvedőknél találkozni ugyan a prognosis szempontjából nem annyira súlyos functionalis szív-neuralgiával, az esetek túlnyomó többségében azonban ezen látszólagos functionalis tünetek már is az arteria coronariák és szívizom organikus eltérése által vannak feltételezve. Biztosnak tekint, hogy tabes és endoarteritis között bizonyos összefüggés áll fenn a nélkül, hogy ezen összefüggés részletei felől ez idő szerint biztosan nyilatkozni lehetne. De észleletei alapján állítja, hogy azon esetekben, melyekben tabes szívtünetekkel súlyosbított, a beteg jól megfontolt érdekében ezeket organikusoknak kell tekinteni, és a therapeutikus beavatkozást e szerint rendezni, ha a physikaliz vizsgálat a szív látszólagos épsége mellett tanuskodni is.

Előadása végén azon kezelés részletezését ismerteti, melyet tabesnek szívtünetekkel súlyosbított eseteiben ezen tényezők szem előtt tartásával a gyakorlatban alkalmazni köteleesség.

Vas Bernát dr. és Gara Géza dr. a poliklinikai laboratorium vezetői a lipiki gyógyvízzel egészséges emberen végzett kísérleteiket adják elő.

A vizsgálatok úgy a viznek a gyomorra, mint az anyageserére gyakorolt hatására, nem különben a húgysav oldó képességére nézve vonatkoztak. A gyomorra gyakorolt hatás vizsgálatánál a gyomor secretorikus és motorikus képességére voltak tekintettel, és azt találták, hogy az éhgyomorra iatott lipiki víz a gyomor nyákhártyáját izgatja és pedig a forró víz inkább, mint a hideg, s mindkettő jobban, mint a kontrollképen használt vízvezetési víz. A próba reggelivel együtt adagolt lipiki víz fokozza a gyomornak sósav tartalmát és kisebb mértékben pepsin tartalmát is. A hatás forró vízzel nagyobb, mint hideggel. A motorikus funkciót a víz kisebb adagjai (1-2 pohár) előnyösen befolyásolják.

Az anyagesere vizsgálatánál, melynél a húgysav, húgysav és phosphorsav kiválasztására voltak tekintettel, azt találták, hogy míg a húgysav és húgysav kiválasztás fokozódik, a phosphorsav-tartalom nagyjából változatlan marad. A húgysav és húgysav szaporodását szerzők nem annyira a szövetek kilúgozására, mint inkább az anyageserének a víz behatása alatt beálló élénkülésére vezetik vissza. A húgysav oldó hatásának vizsgálatát a lipiki víz használatát alatt kiválasztott vizeletnek húgysav filterekre való felöntésével történt. Ezen vizsgálatok azt mutatták, hogy a víz ivása után már rövid idővel a vizelet a nélkül, hogy savi kémhatása megváltoznék, a húgysav filterre nem hogy húgysavat rakna le, hanem még húgysavat old, még pedig a víz ivásának tartalmával arányos emelkedésben. Ezek alapján szerzők a lipiki vizet a *gyomor bizonyos megbetegedésein* kívül, különösen *húgysavas diathesisben* és *köszvényben* szenvedőknél tartják ajánlatosnak.

Marschalkó Tamás. Lipiki gyakorlatának már kezdete óta észleli a lipiki viznek húgysav-oldó hatását; a fürdőzéssel kapcsolatos kúrával húgysavas diathesis eseteiben igen jó eredményeket ért el. Örül, hogy az előadók kísérletileg beigazolták a tapasztalati tény helyességét.

Ormai József nézte szerint az anyagesere fokára helyesebben a kiválasztott húgysav és húgysav arányából lehet következtetni. Kétségbe vonja, hogy oly kísérletekkel, melyeket az előadók végeztek, az ásványvizek gyakorlati alkalmazását meg lehetne állapítani.

Ángyán Béla után arra, hogy a lipiki viznek kitűnő hatását a húgysavas diathesis esetén boldogult Wagner tanár 1830-ban az „Orvosi Hetilap”-ban ismertette, és szülő Lipik e jó hatását gyakorlatában sokszor tapasztalta. Szülő Lipik érdekében csak azt sajnálja, hogy a lipiki vizet tulajdonosi jodvizek deklarációják, holott ez alkalias sós víz, mert ezáltal a fürdő specifikus bujakóros fürdő hírnevét nyervén el, nem syphilitikus betegek többnyire nem hajlandók Lipikre menni, és így a gyógyhely nem emelkedhetik megérdemelt jelentőségére.

Schimmer Ernő. Ángyán tanár azon állításával szemben, hogy a lipiki víz tévesen mondatik jodvíznek, utal arra, hogy a lipiki vizet három ízben analizálták és Heller bécsi vegyész, Lengyel Béla és Than Károly egyaránt constatálták a viznek tekintélyes jod tartalmát.

Fornet dr. az előadók kísérleteiből nem látja beigazoltának, hogy a lipiki víz az anyageserét fokozza, mert a kísérleteket nem mint kellene 10-40 napig, hanem csak 3 napig eszközölték és így a húgysav és húgysav szaporodása a vizeletben valószínűleg a szövetek kilúgozásából származott, a mit még valószínűbbé tesz az, hogy a vizelet mennyisége a kísérlet megkezdése előtt normalis volt.

Vas Bernát dr. fenntartja kísérleteiből levont következtetéseit, melyek a lipiki vízzel tett orvosi tapasztalatokkal is megegyeznek.

Reich Miklós: „A massage és scéd gymnastika alkalmazásáról gyógyfürdőinkben” ezímen értekezett. Előadásának bevezetésében a laikusok és gyakorlatlan orvosok által fűzött mechanotherapeutikus kontárkodások ellen ki lése, és midőn egyrészt a mechanotherapia hatásainak physiologiai alapjait ismerteti, másrészt a szakszerű mozgási gyógymodnak technikai fejlettségére utal, mely gondos tanulmányozás és hosszas gyakorlás nélkül nem sajátítható el. Ezért sürgeti előadó a laikus elem-

nek kirekesztését, mely komoly betegségek kezelésében csak komoly károkat okozhat. Az orvosokat pedig, kik önmaguk által tervezett és fogyatékos fogásokkal massálnak, a gyógyszerakma tanulmányozására serkenti. Követeli, hogy a mozgási gyógyrendszerek számára tanszékek állítsanak fel az egyetemen. Előadása folyamán áttér előadó a gyógy-gymnastikának és massagenak különféle betegségekben való alkalmazására, minden kör-csoportnál kiemelve a gyógyfürdőket is, melyek párhuzamosan az előbbivel a gyógyító hatásokat fokozni képesek. Ezen gyógyfürdők számára nélkülözhetlennek tartja mechanotherapeutikus intézeteknek mielőbbi felállítását speciálisan képzett orvosok vezetése alatt. A hazai fürdőhelyek prosperálása csak úgy érhető el, ha gyógyberendezéseiket a legmagasabb nívóra emelik. „Fürdőhelyekre nézve csak a legjobb lehet épen elég jó.” A kórcsoportok közül, melyeket a mechanotherapia számára reklamál, kiemeli a *vérkeringési szervek betegségeit*, melyeknek gyógygymnastikai kezelése a külföldön sok ezer esetben kíséreltetett meg kitűnő eredményvel. Röviden vázolja itt előadó a szív-bajok mechanikus kezelésének történetét, összehasonlítja az Oertel gyógymoddall, melyvel szemben a gyógygymnastika a teljes veszélytelenség előnyével és tágabb javalati körrel bír. Sorban taglalja a mechanotherapia szerepét a mozgás szervek, az emésztés zavarai, az idegrendszer betegségeiben és az anyagesere rendellenességeiben, minden egyes kórcsoportra nézve a javalásokat kísérletekre és élettani tételekre alapítva.

Bossányi Béla előadó azon kívánságát, hogy a fürdőhelyeken minden masszát orvos végezzen, pénzügyi okoknál fogva kivételnek tartja, de másrészt a súlyosabb bajok kivételével nem is tartja szükségesnek. Kíváncsnak tartja, hogy a laikus masseurök számára tanfolyamok szervezetenek.

Sümegi József dr. teljesen hozzájárul előadó azon nézetéhez, hogy a massage és gyógygymnastika csak szakértő orvosok által végeztessék és épen azért ellenzi cursusok felállítását a laikusok számára a massageban való kiképzés végett. A fürdőhelyeken nézete szerint nagyon szükséges lenne Zander-féle, vagy ehhez hasonló kisebb költséggel berendezett gyógygymnastikai intézetek létesítése.

Ormai József hangsúlyozza, hogy a gyógygymnastika czélszerű gyógykezelés lehet ugyan, de ily költséges intézetek nélkül, az egyszerű massaggal is kitűnő gyógyeredményeket lehet elérni.

Temesváry Rezső „A női betegségek balneotherapiájáról” értekezett; azon szoros kapcsolat folytán, mely az összszerkezett és a női ivarszervek között fennáll, a fürdő megválasztásánál az individualizálás szükséges. A női betegségek balneotherapiájánál tekintetbe jövő tényezők az ivókúrák, a fürdőzés, az étrend és egyéb dietetikus rendszabályok, végre a klimatikus viszonyok. Az ivókúráknál főleg a vasas savanyú, sulphatos savanyú és a keserű vizek szerepelnek. A fürdők nem az ásványvíz vegyi alkata által hatnak, hanem a hatást a víz hőfoka, vagy a só, vagy szénsav tartalma által előidéztet bőringer útján gyakorolják. A hideg és langyos fürdők a nőgyógyászatban indifferensek, leginkább a hévízek alkalmaztatnak a női bajok therapiájában. A meleg fürdők között meg kell különböztetni az egyszerű sós, sulphatos, vasas, szénsavas és a lápfürdőket. Az egyszerű hévízkegyre izgékony betegeknek nyerne alkalmazást, kik a méh és függelékeinek idült lobjaiban szenvednek. A sós vizek úgy fürdésre, mint hüvelyöblítésre használtatnak, és hatásuk a kóros képződmények szétoldásának és felszívódásának elősegítésében áll. A belőlük nyert anyagszintén jó sikerrel használtatik fürdőkészítésre. A jodot vagy bromot tartalmazó sósvizek különösen méhnyomáknál nyerne alkalmazást. Ugyanez az említett bajoknál használtatnak a sulphatos savanyú és keserű vizek, midőn egyszersmind alhasi plethora, elhízás stb. van jelen, valamint az ezekkel összefüggő hőszáhiány, meddőség és korai klíma. Chlorotikus, vagy anaemikus, gyenge betegeknek a vasas savanyú vizek és a vasas hévízek nyerne alkalmazást. Izzadmányok felszívódására igen szép eredményt érnek el a lápfürdőkkel. Felsorolja hazai fürdőhelyeinket és szembe állítja a hasonló külföldiekkel. Megengedhetők mondja megfelelő esetekben a fürdőt a havi baj alatt is. Rátérve a hüvelyöblítésekre, ezeknek alkalmazási módját 2 fő csoportra osztja. Az egyikben desinfienciákkal, összehúzó szerekkel, sóval készítik elő a folyadékot, a midőn az a cél, hogy a hüvelyben felhalmozott nyákot oldja, ezt közömbösítse és eltávolítsa; ily öblítések ajánlandók endometritis és vaginitis chron. enyhe eseteiben. Legeztérőbbek erre a konyhasós, lúgos sulphatos vasas vizek. Midőn a nyák eltávolítása csak mellékezel, a főcél pedig az, hogy a hüvelyben és a méhben az anyagforgalmat emeljük, a vérkeringést élénkítsük, nem közömbös hőmérsékű, hanem forró vizet alkalmazzunk. Ez javulva van endometritis és metritis chron. szövettúltengéssel és izzadmányképződéssel járt, régi folyamataival. Itt sürgeti a fürdőknek hüvelyöblítésekre való czélszerű berendezését is és megemlíti a hüvelyöblítések alkalmazását a havi baj ideje alatt. A dietetikus rendszabályok, valamint a klimatikus viszonyok, a női bajok balneotherapiájára való befolyásának rövid méltatásánál befejezi előadó értekezését, azon óhajának adva kifejezést, hogy az összetételükre a külföldiekéhez teljesen hasonló hazai női gyógyforrások az előbbieket teljesen háttérbe szorítsák.

Szilágyi Gyula a Buziáson létesítendő napfürdőt ismertette. A napfürdőben a természetnek inkább physikai, mint chemiai alakban érvényesítő erőit kívánják felhasználni mint gyógytényezőket, nem pusztán az empyria alapján, hanem a physiologia és physiochemia segítségével.

Az eszme nem új, a mennyiben már a rómaiak használták a forró légfürdőket és már ők nagy jelentőséget tulajdonítottak annak gyógyászati szempontból. A különbség csak az, hogy ők mesterségesen hevítették a levegőt, míg Buziáson a hőt a napsugarak adják, ezért nevez-



hető inkább napfürdőnek. Napfürdő jelenleg csak Vildesben és Drežában van; miért menjenek a betegek külföldre és miért ne lehetne ezt nálunk megvalósítani, mikor nálunk éppen oly intenzív az insolatia, mint a fent említett helyeken. Buziáson nyáron a déli órákban a napsütötte helyeken 40–45° C.-t mutat a hőmérő, s ez elég ahhoz, hogy a leg-hatalmasabb reakciót provokálja az annak exponált szervezetben. A régi római forró légfürdőkben sem volt nagyobb 40–45° C.-nál a temperatura, s a beteg már 10 perc múlva bőségesen izzadt.

Száraz levegőben a könnyebben beáll, mert ennek relatív vízgőztartalma lehetőleg kicsiny és ilyen körülmények között a hőszabályozó centrum a bőrperspiratio megindításával előbb szabaddítja fel a szervezetben felhalmozódott hőfelesleget.

A hatás nyilvánulatonak között a napfürdőben első sorban említi a bőrben tapasztaltakat. Ebben erős vérbőség áll be, a bőr felpuhul, epidermise lepikkelyeződik stb.; az érző idegek eleinte működésükben lefokoztatnak, később ellenkezőleg ingerfogékonyságuk növekedik. Ezen hatását ismerve javasolunk a különböző idegbántalmaknál rövid, tehát depresszív hatású, vagy hosszabb és izgató hatású fürdőket, pl. egy paralisissal hosszabb tartamú fürdőket rendelünk, hogy reflex úton a motorikus idegek energiáját növeljük. Rendelni fogja a napfürdőt a physiologikus hatásnyilvánulatonk szigorú méltatásával exsudatumoknál, főleg ha vesebaj complicatio folytán van jelen, luésnél, idült mercurialismussal és más idült fémmelegzésekkel, vérszegénységnek, rhachitikus gyermekeknek, az idegbajok legkülönbözőbb alakjainál és a bőrbetegségeknek különösen exsudatív alakjainál.

Pap Samu nem tartja helyesnek, hogy oly fürdőhelyen, mint pl. Buziáson, melyen a természet annyi hatásos gyógyszerközt halmozott össze, még napfürdőt is létesítsenek.

Boleman István hozzájárul Pap Samu dr. nézetéhez és megjegyzi, hogy az orvosok nem merik majd Buziásra küldeni betegeiket, mert attól tartanak, hogy azokkal ott a napfürdőben kísérletezni fognak. Verseczen a mellei proféta egy apostola, egy elcsapott jegyző létesített napfürdőt és ott akként működött, hogy az egész verseczi orvosi karnak folyamodnia kellett az intézet bezárása iránt.

Szilácssy János az előadó azon állításával szemben, hogy a napfürdő melege növeli az anyagcsere és élénkíti az idegműködést, hangsúlyozza, hogy az élettani kísérletek és a tapasztalat ennek éppen ellenkezőjét bizonyítják, azt t. i., hogy a meleg az anyagcsere és a szervezetre általában lankasztólag hat.

Csapodi István felemlíti, hogy a napfény, különösen vérszegény és satnya gyermekekre igen jó hatású, éppen azért a közegészségi egyetben pártolta Sümegi azon indítványát, hogy a szünidei gyermektelepek a Balaton felé tereltesse.

Végre Russay Gábor „Élkezés és konyha a fürdőn” című szellemes humorral fűszerezett és élénk tetszéssel fogadott előadásában mondott el sok érdekes és megszívlelendő dolgot.

### III. nap (1895. április 2-dikán).

Donáth Gyula „A neurasthenia elkülönítése a hysteria- és progressiv paralyisistól, különös tekintettel a gyógygyógyászatra” címűen tartott előadást.

Saját tapasztalatai és az idevágó újabb irodalom alapján előadó ama kérdéssel foglalkozik, hogy a neurasthenia, hysteria és paralyis már korán és biztosan megkülönböztethetők-e egymástól, a mi a körjósátra és kezelésre természetesen igen nagy fontosságú. Előadó az általánosan elterjedt nézettel szemben kifejti, hogy neurasthenia és hysteria között nem lehet pontos határt vonni, hogy továbbá körképeik egymásba folynak és hogy a hysteria különösen jellemzőnek vélt görbeség, bémulások, látótérszűkülések stb. neurastheniánál is jelen vannak. Még legjellemzőbbeknek tekinti előadó a hysterikus érzékelenségeket, különösen pedig a hysterio-epileptikus rohamokat; mindezek természetesen elég gyakran hiányoznak. A határok, a melyeket a praxisban vonnak, önkényeseknek tekintendők, illetőleg a neurastheniából súlyosabb psychosikok keletkezhetnek. A dementia paralyticát illetőleg fel-említi előadó a jeleket, melyekkel a demenciát megkülönböztethetjük, mindamellett hangsúlyozza, hogy a paralyis kezdeti stadiumában gyakran nem különböztethető meg a neurastheniától és a diagnosit függőben kell hagyni, míg a jelenségek további kifejlődése meg nem hozza a differential diagnosit. Érdekes az is, hogy előadó kimutatja, hogy a neurastheniát először nem az amerikai Beard (1869) ismertette, hanem már Hippocrates leírja a topophobia esetét, valamint oly esetet is, midőn bizonyos hangszerek időközönként erős izgalmat okoz. A vizsgyógykezelést illetőleg kerülni kell paralyissal a forcirozott eljárásokat. Tekintettel arra, hogy mily fontos a neurastheniánál és hysteriánál a lelki behatás, előadó ajánlja, hogy ilyen súlyos betegeket külön sanatoriumba helyezzenek el és egy ilyennek Magyarországon való felállítását is sürgeti.

Gáman Béla „A szénsavas glaubersós vizek hatásáról a gyomor működésére” című előadásán tapasztalatairól értekezett, melyeket ily irányú klinikai vizsgálatainak szerzett. Nagyon szükséges az ásványvizek hatásait a beteg szervezetre pontos klinikai megfigyelések alapján megállapítani. De az ilyen vizsgálatok számos nehézségbe ütköznek; a fürdőhelyeken legfőbb akadályul szolgál a betegek ellenőrzésének csaknem kivétel nélküli hiánya. Ezen nehézségek miatt csak kevés betegnél végezhetett ilyen vizsgálatokat; ez alkalommal egy esetben ez iránt szerzett tapasztalatáról számol be. Egy kifejezett, idült gyomorhurutban szenvedő betegnél alkalmazta a klinikán a rohítschi Styria-forrás vizét és három heti kezelés után a beteg subjectív javulás tünetei mellett testsúlyában gyarapodott, gyomornedve jobban emésztett, abban a szabad sósav a

normálisra szaporodott, a tejsav eltűnt, a nyák megkevesbedett. A gyomor motorikus functiója is javult. Előadó az adatok konstataciója után kiemeli, hogy az eddigi kedvező eredményekből nem akar dogmatikus következtetést levonni, hanem kísérleteit folytatni fogja az eddigi úton haladva és eredményeiről annak idején be fog számolni.

Gara Géza dr. örömmel üdvözlö az előadót azért, hogy a szülő és Vas Bernát dr. kísérleteit egyes ásványvizek élettani hatásait illetőleg a rohítschi vízzel ismételte. Szólt azt hiszi, hogy az egyes fürdőhelyeken mindig akadnak majd oly ambulans betegek, a kik ily vizsgálatokat megengedni hajlandók, hiszen a gyomormosás csak nem oly nagy dolog; azonban az anyagcsere pontosan meghatározni csak fekvő betegeken lehet és ez a nagyobb fürdőhelyeken létesítendő, avagy már fennálló kórházakban volna eszközözendő.

Weisz Ede „A csontok s ízületek gümőkórjainak gyógyítása kén- s iszapfürdőkkel” címűen tartott előadást.

Miután számos, meglepő módon gyógyult kórosat felhozott s a megfelelő kezelést részletezte, zárótételeit a következőkben foglalja össze:

A csontok s ízületek gümős megbetegedéseinek conservatív kezelésében a kén- és iszapfürdők elsőrangú helyet foglalnak el. Nem gyógyuló s széteséssel nem fenyegető bántalmak kén- és iszapfürdők rendszeres használata mellett megállapodni szoktak. Gyógyító folyamatoknál is lényeges javulást, sokszor teljes gyógyulást lehet elérni. Valamint bizonyos esetekben a sebészi beavatkozást s az orthopaediai kezelést nem lehet és nem szabad mellőzni, úgy viszont elég esetben kizárólag balneothérapeutikus kezeléssel célt érhetünk. A kén- és iszapfürdők úgy a sebészi, mint az orthopaediai kezelés hatatos támaszát képezik. Véres műtét után rotyhén gyógyuló, hónapokon át nyitva maradó fekélyek s sípolyok gyorsan, néha szemlátomást gyógyulnak. A váladék is, mely kezdetben bőven folyt, utóbb főgyni kezd s savószerűvé válik, végre teljesen megszűnik. Készülékekkel ellátott betegek is nagy eredménnyel használják a kén- és iszapfürdőket. Nagy fokban érzékeny zárt ízületek, különösen ha láb is van jelen, a balneothérapeutikus kezelésből ki vannak zárva. A kén- és iszapfürdők sokoldalú elismert hatása semmiféle téren nem mutat föl fényesebb eredményeket, mint éppen a csontok s ízületek gümős bántalmainál.

Boleman István dr. kir. tanácsos, vihyei fürdőorvos: „A magyarországi fürdők látogatottsága az 1894. évben” címűen tartott előadást. 126 fürdőről van statisztikai kimutatás az 1893. és 1894. évről. E szerint volt az 1893. évben 126 fürdőben 58,952 állandó vendég, 1894-ben 60,649, az összes forgalom pedig, az állandó és ideiglenes vendégek száma egyittvéve kitétt 1893-ban 120,683-at, 1894-ben pedig 121,305-öt, tehát az állandó vendégek száma a múlt évhez képest 1697-tel, az összforgalom pedig 622-vel növekedett.

Összehasonlítva a két évi forgalmat az egyes fürdőhelyekre nézve, azt találjuk, hogy 53 helyen, azaz 42%-ban mind az állandó, mind az ideiglenes vendégek száma szaporodott, 38 helyen, azaz 30%-ban ellenben fogyott; 17 fürdőben, tehát 13%-nál emelkedés mutatkozik az állandó és apadás az ideiglenes vendégek számánál, úgy hogy az összes forgalom fogyást tüntet fel, 18 helyen pedig vagyis 14%-nál az állandó vendégek száma fogyott, az ideigleneseké ellenben annyira emelkedett, hogy az összes forgalom gyarapodást mutat ki.

Az idén összesen 146 fürdőhelyről érkezett be kimutatás, mely szerint ezekben volt 62,864 állandó vendég és pedig 24,356 férfi és 29,809 nő, 8609 gyermek; belföldi volt 53,088, külföldi 9776. Az ideiglenes vendégek száma 64,366 volt, a kik közül 52,575 belföldi és 11,791 külföldi, az összes forgalom tehát 127,230 vendéget tett ki. Az ideiglenes vendégek száma 1502-vel haladta meg az állandó vendégek számát. Legtöbb állandó vendég volt Tencsén-Tepliszben (4630), Pöstyénben (3789), Herkulesfürdőn (3051), Bártfán (2459), Balatonfüreden (2086). Legtöbb külföldi állandó vendége volt Tencsén-Teplisz, Pöstyén, Herkulesfürdő- és a Csorbai tónak.

Ha a fürdőhelyeket csoportosítjuk és vizsgáljuk, mennyi vendég esik az egyes csoportokra, következő eredményre jutunk:

Tóparti, tehát aránylag mély fekvésű fürdők hely 12 szerepel a statisztikában, vagyis a kimutatott fürdőknek 82%-a; ezekben volt az állandó vendégek száma 6568, a mi a látogatottság 10%-ának felel meg, az összes forgalom pedig kitétt 10,964 személyt, illetve 11%-ot.

Magaslati gyógyhelyeink száma, hozzáadva az önálló hidegvíz-gyógyintézeteket is, 27 illetve 185%-a az állandó vendégek száma ezekben 9558 illetve 15%-a volt, míg az összes forgalom 29,341 vagyis 23%-a volt.

A hévízek közül 31 helyről vannak adataink, azaz 21%-a-ról, ezekben állandó vendég volt 23,736 vagyis 38%-a, az összforgalom ellenben csak 36%-a volt, jelölül annak, hogy ezen fürdőhelyeket inkább gyógyulást kereső vendégek látogatják.

A hideg ásványvízű fürdőhelyeken, a hol a fürdőzés mellett az ivókúra is szerepel, bár számuk a legtöbb, t. i. 76, azaz 52%-a, mind össze 23,002 állandó vendég volt, tehát 37%-a, az összforgalom pedig 37,940 személyt illetve 30%-ot tett ki.

Két fürdőhelyről ragályos betegségeket jelentettek, ezek között a fürdők nézve a legfontosabb a számárhurut, a mely a többi fürdő-vendég egészségét legkiváltkép veszélyezteteti, mivel a gyakorló orvosok e bántalomban szenvedő betegeiket gyakran levegőváltoztatás céljából fürdőhelyekre küldik.

Pap Samu, Bruck Jakab, Szilácssy János, Boleman István, Litsch Ákos és Fenyecz Károly hozzászólása után a balneologiai congressus elhatározta, hogy ez úton felkéri a gyakorló orvosokat arra, hogy számárhurutban szenvedő betegeiket a levegőváltoztatás céljából ne küldjék a gyógyhelyekre, mert a fürdőhelyek igazgatóságai az ily betegeket a többi vendég egészségének megóvása végett úgy sem tűrik ott meg.



## IRODALOM-SZEMLE.

## I. Könyvismertetés.

Bibliothek der gesamten Medizinischen Wissenschaften, herausgegeben von Professor A. Drasche in Wien. Prochaska, Wien—Teschen—Leipzig.

Összefoglaló, lexikonszerű gyűjteményei az orvosi ismereteknek már régi időtől fogva örvendének közkedveltségnek. Tagadhatatlan azonban, hogy azon fajai az ilyen encyklopaediáknak, a melyek szótárneműen tárgyalják fejezeteiket, annyira szétdarabolni kénytelenek az egyes cikkeket, hogy az a behatódó, általánosabb fejtegetést igen megnehezíti, s csak többé-kevésbé hézagos ismereteket terjeszt. Ezért szerencsésnek kell tartanunk Drasche tanár tervezetét, a mely szerint ezen gyűjtőmunka szerkesztve van, s a mely az említett nehézségeket elkerüli. A munka két részletre oszlik, az első a gyakorlati, az utóbbi a theoretikai ismereteket tárgyalja. De még tovább eloszlik a tárgy, a mennyiben az első részletben a belorvostan és gyermekbetegségek, továbbá a sebészet, a nőorvoslás és szülészet, a szemészet, a bőr- és bűjalkórtan, a gége- és fülbajok külön-külön kötetekbe kerülnek. Hasonló felosztása van a második részletnek is. Eddigél a belorvostan és gyermekorvostan, a szülészet, s a pharmacologia indultak meg s az előtűnk fekvő 50 füzet már elég betekintést enged a mű értékebe. A nagy vállalatot mintegy 130 munkatárs dolgozza fel, a kik közt számos ismert nevű s kiváló szakember van. Magyarországi munkatársak: Böke, Brandt, Elischer, Fodor József, Jendrassik, Irsai, Klug, Liebermann. Az eddig megjelent részletek kiválóan gyakorlati irányban vannak tartva, s egyes fontosabb kérdések több szakember által feldolgozva különböző oldalról világítottak meg, s így az egyoldalúság ki van zárva. A theoretikai rész is a gyakorlat kívánalmainak szemmel tartása mellett lesz tárgyalva. Az egész mű mintegy 200 füzetből fog állani (60 krajezárral), s elég gyors egymásutánban jelenik meg. A mű kiállítása igen jó, ábrák és színes táblákkal bőven el van látva, s bizonyára nagy hasznát fogják venni a gyakorlattal foglalkozók.

—ss—

## II. Lapszemle.

## Kórtan.

*Bacterium coli commune* okozta specifikus urethritis esetét közlik *van der Pluym* és *ter Laag*. Az eset egy katonára vonatkozik, a ki nyilvános nővel közösülés utáni 3. napon lázzal, fejfájással és genyes kifolyással a húgycsőből betegedett meg. A láz, mely 38 és 39° C. között ingadozott, 4 napig tartott; a belső szervek rendellenességet nem mutattak, csak a lép volt kissé megnagyobbodva. 18 nap alatt a beteg meggyógyult. A genyes váladék mikroskopi vizsgálatakor a sejtekben a gonococcus helyett egy bacillus volt változó mennyiségben látható; ezen bacillus a tenyésztési és állatkísérletek szerint *bacterium coli commune* volt. (Centralblatt für Bakteriologie, XVII. köt. 7. és 8. sz.)

Gonorrhoea okozta rheumatismus két esetét közli *Hewes*, melyekben a vérből diplococcusokat sikerült tenyésztetni. Ezen diplococcusok úgy alakjukra, mint festődési tulajdonságukra nézve teljesen megegyeztek a Neisser-féle gonococcusokkal. Minthét esetben súlyos általános tünetek voltak jelen és több ízület volt megfáradva. A betegek meggyógyultak. Az egyik esetben a vérből előállított tenyészettel kutyánál a vaginában genyes lob volt előidézhető, a geny sejtjeiben pedig a diplococcusok kimutathatók voltak. (Boston med. and surg. journ. 1894. nov. 22.)

## Sebészet.

A koponya trepanatioja paralysis spastica miatt. *Noble Smith* esete 5½ éves fiúra vonatkozik. Csakis néhány egytagú szót bírt kiejteni. Karjai contractióban voltak a mell felett, az alsó végtagok keresztbezdtek és részben hajlottak voltak a csomb és térdizületben, képtelen volt állani, de intelligenciája volt. Ezen tünetek születése óta voltak meg hosszú ideig tartó nehéz szülés kapesán. A nyakszirtesontban 2¼ hüvelyk hosszú és egy hüvelyk

széles depressio volt található közvetlenül a protuberantia occipitalis alatt. A depressiónak megfelelő csontrésztletet trepan által eltávolította. Az agyhártyák a nyílásba erősen beemelkedtek, jelöl annak, hogy eddig nyomás alatt voltak. Kezdetben nem volt agypulsatio, de a műtét befejezése előtt az egészen normálissá lett. A seb per primam gyógyult. A gyermek általános állapotában kiváló javulás állott be, az izomcontractiók engedtek. Az idegrostok bizonyára jobban fajultak el, semhogy teljes felépülés beállhatott volna, de bizonyítja a műtét, hogy korai beavatkozás az állapotnak jelentékeny javulását vagy teljes gyógyulását létesítené. (Lancet, 1894. július 28.)

Baumgarten Samu dr.

Prostata-túltengés megszüntetése kiheréléssel. Mind több és több eset szól a mellett, hogy a castratio jótékonyan hat a prostatitis tünetekre. Ama súlyos jelenségek ugyanis, melyek a prostata-hypertrophiában aláássák a szervezet életeterejét, a cystitis, a pangó vizelet ammoniakális erjedése, bomlása, a vizeletnehézség, az emésztési zavarok, úgyszólván biztosan el szoktak tűnni. Egy esetben súlyosak voltak a tünetek, s a beteg állapota reménytelennek látszott, mert septikus jelenségek és uraemia köszöntöttek be. A beteg állapota azonban a herék eltávolítása után lassan-lassan javulni kezdett s az operatio után másfél esztendőre testsúlyban hatalmasan gyarapodva, ma vizeelésnehézségekről nem panaszkodik. A másik eset egy 69 éves orvost illet, kinél szintén súlyos jelenségek nyomultak előtérbe a prostata-túltengéssel kapcsolatban, de a herék kivétele után az állapot feltűnően javult s a beteg azóta napról napra jobban érzi magát. (William White. Brit. med. Journ. 1894.)

Novotny dr.

Arsen-kezeléssel gyógyult óriássejtű sarkoma esetét közli *Samter*. Két év előtt egy 23 éves leányon a tibia feji részéből kiinduló recidiv, már egyszer műtét tárgyát képzett óriássejtű sarkomát diagnosztizált, a melyet a kórszövettani vizsgálat is igazolt. A felvételnél a bal térdizület térfogata meg volt nagyobbodva úgy, hogy sem active, sem passive nem volt mozgatható. A tibia mellső részén egy alma nagyságú, a mélyből kifelé növő térfogatnagyságú látható. A bal lágyékhajlatban kis burgonya nagyságú tömött tapintatú mirigyek voltak észlelhetők. Miután egy sebészeti intézetben nem voltak hajlandók őt megoperálni, arsen-kezelés alá fogta, s azt pil. asiaticae alakjában vétette be hónapokon keresztül. A kisebzett terime-nagyságú jodoformgáz-kötéssel fedette. Kilencz hónapi arsen-kezelés után a lágyékmirigyek borsónyiakká sorvadtak össze, a tibia feje helyén szövet-törmelékek kevert, de már megkisebbedett üreg látható. Fájdalmi elmúltak, térdét használni tudta. Két évi kezelés után a lágyékmirigyek teljesen eltűntek és a csontthány helyén már csupán kis üregecske látható sarjakkal kibérelve, a melynek szövettani vizsgálata kizárta az álképlet fennállását. (Deutsche med. Wochenschrift, 1894.)

Ch. dr.

## Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. A pajzsmirigynedv használata therapeutikus célokra *Béclère* szerint nem egészen veszélytelen. Egyes esetekben ugyanis szívmelegként hat. Ajánlja, hogy a beteg a kezelés egész tartama alatt szigorú orvosi felügyelet alatt álljon, minden testi megerőltetést kerüljön és lehetőleg az ágyat őrizze. Pajzsmirigynedvvel kezelt egy majma 8 nap alatt collapsusban tönkrement. (Berlin. klin. Wochenschrift, 1895. 8. sz.)

2. Extractum filicis aethereum rendelése *Léméré* szerint: Rp. Extr. filicis aether. 6'0; Hydrargyri chlorati vapore parati 0'6; Aqu. destillatae, Syr. gummosi aa 16'0; Gummi arabici qu. s. ut fiat emulsio. M. D. S. Jól felrázva reggel egyszerre beveendő. Az előző 24 órában a beteg tejdiatétát folytasson és nyugodtan viselkedjék. A féreg körülbelül fél óra múlva távozik minden nehézség nélkül. 6—12 éves gyermekeknél az adag 4 gramm extractum filicis és 0'4 gramm calomel. (Therap. Monatshefte, 1895. február.)

3. Torpid fekélyek gyógyítására a következő elegynek naponként kétszeri alkalmazását ajánlják: Rp. Tinct. jodi., Amyli aa 5'0; Glycerini, Aquae destill. aa 10'0. (Allgem. medic. Central-Zeitung, 1895. 23. sz.)



## TÁRCZA.

## Német sebészeti iskola, irányok és elvek.

Midőn a mai német sebészeti iskoláról és annak több kiváló képviselőjéről kellő áttekintést és talán elég megbízható képet nyertem, s ezzel tanulmányutam első feladatának határához jutottam, számot szeretnék adni megfigyeléseimről, azon reményben, hogy ezen óhajtam a mi orvosközönségünk érdeklődésével összeegyeztethető. Legyen szabad e recapitulatio közben mindazt, a mit benne tanulságosnak találtam, némely megjegyzéssel kísérem, a mint személyes felfogásom és eszmemenetem fűződött hozzá.

A mi orvosiskolánk, hogy e nem szokatlan képpel éljek, fejlődése első korszakában német emleken táplálkozott; a mi egyrészt természetesen a szomszédos bécsi iskola akkori hegemoniája mellett, másrészt nagyon öröndetes körülmény azon üdvös hatáson fogva, mely az orvostudomány úttörőinek akkori focusából a mi tudományos törekvéseinkre háromlott az első lépések korszakában. Talán a sebészet aránylag leginkább tudott megőrizni bizonyos nemzeti karaktert, hazai talajon, bár német befolyástól el nem zárkozottan fejlődve és Balassa nevéhez olyan műteti sikerek fűződnek, melyek a magyar sebészetnek messze a haza határán túl tiszteletet szereztek. Az újkor sebészetének nagy forradalma, az antisepsis elvével, már német közvetítéssel vetette hozzánk hullámain, s reánk csak a késő bánat maradt örökségbe, hogy az alapvető, de meg nem értett eszme a mi Semmelweisünk agyából hazai termék. Az utolsó évtizedek rohamos haladásával mi is lépést tartottunk, s ha ebben ismét a német iskola nyomdokain haladtunk, beleértve a német nyelvű osztrákot is, csak az ügy előnyére vált, mert, habár a bécsi fakultás aranykorszaka letűnt s vezető szerepét másokkal meg kellett osztania, a Billroth-iskolához fűződnek a sebészet legnagyobb diadalai. Ezen rövid történelmi kitérésből is kivehető, mekkora szerep jutott sebészetünk fejlődésében a német befolyásnak elejétől fogva és ez annak indoklásul szolgálhat, mennyire jogosultán feltehető az érdeklődés fejlődésünk egykori vezetője iránt szellemi háztartása jelen berendezésében. Ma már sebészetünk, mint orvostudományunk általában az idegen vezetés alól emancipálta magát, s összes ágainak tudományos művelete hazai talajon történik. Vonatkozásaink a német iskolához azonban nem kevésbé élénkek, de ma már, nem kevés önértéssel, kölcsönhatásúaknak nevezhetjük.

Az egyes fakultások és intézetek rövid jellemzése czéljából talán legmegfelelőbb lesz a földrajzi, illetőleg emlékezetemben a chronologikus sorrend. *Bécs* tulajdonképen bizvást kihagyhatnám. A ki orvosközönségünk közül ott nem hallgatott, valószínűleg megfordult a testvérmétropolisban és nagy múltú „Krankenhaus“-a ódon labirintjében, de kétségtelenül ismeretes a járatlan előtt is multja és jelen állásának minden részlete.

Azonfelül a fakultás berendezésének *Néka Lajos* dr. egy úti levelében olyan jellemzően siralmas képét nyújtotta a mult évben, hogy én ez ismeretes keretbe csupán a szellemi élet irányára nézve szeretnék néhány karczolatot illeszteni. A régi hírnév az idegenek igen nagy százalékát vezeti ide kiképzésük érdekében, s miután a kínálat minden téren a kereslethez alkalmazkodik, a dióhéjba foglalt tudományosztogatás, kurzusok neve alatt, túltengésben van. Támogatásukhoz járul azon körülmény, hogy a kötelező kollégiumok a hallgatók nagy számánál fogva a gyakorlati kiképzés követelményeinek meg nem felelhetnek és szokás által szentesített gyakorlat, hogy a végzett hallgató a jövőre gyakorlat igényei számára ama kurzusokban keresi a panaceát. Alapjában véve ez az intézmény helyes és elvben üdvös, a míg megfelel azon hivatásának, hogy speciális és gyakorlati szakmák tudományos terjesztője legyen és ehhez képest akadémikus színvonalon áll. Megütőzéssel kellett azonban tapasztalnom, hogy azok nagyobbára az elemi ismeretek színvonalán nem emelkednek felül és inkább üzleti elintézés benyomását keltik, mely üzlet, számításaim szerint, egyébként egészen virágzó. S ha már üzletről szölok, talán nem nagyon merész hasonlatom, ha a poliklinikát ez üzletág bürcjének nevezem, a hol az egész nap folyamán élénken folyik a szellemi értékek becsérelése. Kár, hogy aprópénzben fizetnek. A poliklinika egyik elnökétől, erre nézve tett kifogásomra, egyébként azon felvilágosítást nyertem, hogy a nyújtott szellemi táplálék a nagyobb részt amerikai-

ból és kezdőkből álló hallgatóság emésztőképességéhez alkalmazkodik. Különbözik pedig a poliklinika, mint önálló intézmény, korszerű, kényelmes berendezésével talán páratlanul áll, az orvosi kitérőségek olyan gárdájával élén, mely ez intézetet egy fiók-egyetem rangjára emeli. Az „Allgemeines Krankenhaus“ osztályainak s az ott elhelyezett klinikáknak vezetői működésük és módszereikre nézve ismeretesek, valamint azzal is köztudomású dolgot ismételtek talán, hogy Billrothnak az örökébe lépett Gussenbauer méltó utóda, a ki nemcsak a virtuóz operatív technikában lép a mester nyomdokaiba, hanem szellemben is a klinika tradíciójának híve, s e kegyeletét annyira viszi, hogy a mint előttem nyilatkozott, dicsőséget szerzett neve alatt akarja tovább vezetni intézetét. A Krankenhaus ódon falai között pedig dicséretesen serény és nagyszabású munka folyik, az óriás beteganyagának szapora feldolgozásával, és ama műtőtermek neve alatt modern fogalmainkat gunyoló helyiségek a bennük elért műteti sikerekkel s még inkább a felmutatott gyógyulási eredményekkel megszívlelendő bizonyítékai annak, hogy aseptikusan dolgozni a bacteriumok milliárdjai között sem lehetetlen.

Másodikkul a száztornyú *Prágát* érintettem, melynek német egyeteme büszkén a legrégebbnek vallja magát. „Allgemeines Krankenhaus“-át látva a régiséget illetőleg nem is maradtak fenn kételyeim, a büszkeségre ellenben mégis inkább újabb intézetei jogosíthatnák. A végletek találkozásánál sehol olyan szembeszökönek nem találtam, mint e regényes városban, a hol százados történelmi emlékek, a historikus piszokkal együtt, modern palotákkal váltakoznak. S e szabály alól kórházai sem tesznek kivételt. A német sebészeti klinika nyomorúságos berendezésű, rozott kórtermeit látva, azoknak genyedség, savanyú bűztől terhes levegőjét szíva, el sem képzelhető eredményes chirurgikus dolgozás lehetősége, s ha mégis sikerekről hallunk és meg is győződünk, csaknem meg kell inognia tanainkba vetett hitünknek. A *Maydl* vezetése alatt álló, szomszédos cseh klinika ellenben kényelmes berendezésű, gazdagon felszerelt, korszerű intézet, valamint a gégebeteg és Rosthorn ideiglenes nőbeteg osztálya is, a mit pedig a Landesgebähranstalt nyújt, monumentális építkezésben és berendezésben egyaránt, az már valóságos fényűzés. Az egyetem közelebbi viszonyait nem ismerem, de azt hiszem a nemzetiségi harc ellen a tudomány sem vértéz, és szinte nem csodálható, ha Gussenbauer örökére nehezen akad vállalkozó, a helyiségek jelzett állapotát sem hagyva figyelmen kívül.

Németország jelentékenyebb szellemi központjait *Drezdával* kezdtem, s habár ide, mint nem egyetemi városba, inkább műkincsei iránt való érdeklődés vezetett, a szakmabeli látnivalók várakozáson felül érdekeseznek bizonyultak. A városi kórház fekvése, dúsan befásított park közepén, híres vízművével, szinte igéző, folyosóval összekötött „block“-jai (szolid barakk rendszerben), műtőtermek gazdag felszerelésűek. Ez utóbbi még fokozottabb mértékben áll a *Leopold* vezetése alatt álló szomszédos „Frauenklinik“-ról, mely az asepsis legszigorúbb fogalmai szerint berendezett intézet, s mellékesen emlitem csak, hogy hasmetsző-termének falai márványlapokkal fedettek. A „Diakonisták intézetében“ *Ruprecht* ujonnan épült sebészeti osztálya s főképen nagyszabású műtő-terme figyelemre méltók. Az orvosi illetőleg sebészi működés közelebbi viszonyaiba ismét nem vagyok beavatva, csak benyomásról beszélek, ha azt hiszem, hogy a század vérmérséklet sokkal kedélyesebb, mintsem hogy veszélyessé válhatnék merészsége által, a mi persze a gynaecologus *Leopoldra*, azt hiszem nem venné sértésnek, nem vonatkozik.

*Lipce* már Németország egyik legelsőrangú egyetemi városa és orvosi fakultása tanerői, a milyen *Thiersch*, *Curschmann*, *Zweifel*, *Birch-Hirschfeld* stb. szakmáknak megannyi csillagai. Kórházai és a fajta intézetei jelentőségükhöz méltók, a mi a százados kora alatt görnyedő szt. Jakab-kórházról talán egy kissé paradoxan hangzik, de belsejével igazolja a dicséretet. Újabb kórházi része szintén folyosóval összekötött, szolidan épült barakkok óriás négyszögéből áll, szépen befásított kert fogva körül, a modern kívánság minden képzelhető kényelmével berendezve, s mindegyikük tágas, csukott verandával nyílik a kertre. Legújabb pavillonjai különállók, padlófűtésűek, a hamburgi kórház mintájára épültek.



Csupán a sebészeti klinika műtőtermét, egy elég szerény auditorium centrumában, nem találtam összeegyeztethetőnek a nagyszabású környezettel s főképen a másfelől mindenütt tapasztalt kínos asepsissel, annyival inkább, miután a pathologia-intézet boncztermei például fényezett cserépfalaikkal akárhány korszerű műtőtermet megszégyeníthetnének. A klinikai munka méreteiről különben fogalmat adhat azon körülmény, hogy Thiersch beteganyaga 600—700 ágyat tölt meg, a Curschmanné meg éppen az ezert meghaladja.

Mindenekfelett fényes és pazar felszerelésű azonban a Zweifel nőklínikája. Nem kevesebb, mint négy különálló operáló helyisége van, külön-külön felszereléssel, bele nem számítva nagyszerű tantermét, díszes igazgatói lakásról, orvosi ebédlőről, társalgóról, gépházról és egyebekről nem is szólva. Nagyon szép az új gyermek-kórház, a hol *Tillmans* sebészeti osztálya szintén teljesen modern igényeknek megfelelő intézet. Hogy itt az egyetem és képviselőinek nagy nevéhez méltó munka folyik, nem szorul hangsúlyozásra; a mit a kivételre nézve megjegyzendőnek találok, más helyütt fogom kifejezni, miután általánosságban a német iskola elveit illeti. Kiemelni szeretném azonban, hogy olyan mértékű tudományos felolgozását minden egyes esetnek, mint Zweifel klinikáján tapasztaltam, eddig sehol sem találtam, az pedig talán ismeretes dolog, hogy eredményei páratlanok.

*Halle*, a régi egyetemi város, ma is tán e réven leginkább híres és orvostani intézetei legalább is rászolgálnak nevére. Mindez intézetek egyöntetűen, nagy költséggel és nagy méretekben épültek, s legfeljebb azon kifogás jogosult, hogy a fentartás költségelőirányzata a haladás igényeit távolról sem képes fedezni, a mint ezt *Fehling* panaszkolta, s a nem pótoló hiányok felszaporodása érezhetővé kezd válni. A sebészeti klinika, mely nagy neve megteremtőjét bejáratánál *Volkmann* márványszobrával hirdeti, jelen működésében is e tradícióhoz méltó lenni és rangjához ragaszkodni óhajt. Barakkjai nem sokban különböznek a lipeseiektől, műtőhelyisége ellenben, külön váró, előkészítő és gypselő helyiséggel ellátva, egyike a legcélszerűbbeknek, a miket láttam, olyan kitünő szerkezetű szellőzéssel, hogy Müller dr.-nak a levegő bacterium-tartalmára tett vizsgálatai, úgy műtét előtt, mint közben, valószínűleg meglepők. *Bramann*, a klinika jelen vezetője, nemcsak az ú. n. „Schmiss“-ek megszámlálhatatlan mennyiségével, de operáló módorával is bizonyítja, hogy nem fél a vértől. A nőbeteg és szülő-klinika szerényebb berendezésű, de szintén modern intézet, és *Fehling* neve elég biztosítéka a példás dolgozásnak. A jelen orvosi érdeklődés központját, a gyógyítás reformátorát, a hogy a „Zukunft“-ban megszólaltatta a jövő zenejét: *Behringet*, nem sikerült otthon találnom, egészségi okokból szabadságon volt, a hogy rossz nyelvek gyanúsították, serumot csinálni. A diphtheritis kezelésben a serumtherapia eredményeire még visszatérek.

*Berlin*, a Spree parti Athen, a hogy nevezni szeretik, csakugyan zavarba hoz, hogyan adjak számot a látottakról, a mivel pedig e leírás keretében tartozom, nemcsak azért, mert a német szellemi élet központját képezi, hanem főképen azért, mert *Virchow* és *Langenbeck* óta immár az orvosi szaktudósok egész legiójával, hatalmas léptekkel az érdeklődés központjába küzdötte fel magát. A kórházak egész soráról képet nyújtanom nem lehet s azért a jelentékenyebbeket, klinikai érdeklődéssel bírókat kiemelve, általános jellemzéssel kell beérnem. Legnagyobb klinikai telepét a *Charité* képezi, a bécsi „allg. Krankenhaus“ méltó mása, talán valamivel javított kiadásban, a hogy az öreg *Bardleben* hizeleg magának. A chirurgusok ez atyamestere sajátos bonhomijával belenyugodva a régi keretbe, mely a korszerű követelmények méreteit el nem bírja, testben és lélekben maga sem enged a kornak s munkában vele lépést tart. Új épület a telepen *Gusserow* gynaekologiai osztálya. A második egyetemi telep a királyi klinikáké a *Ziegelstrassén*, két évtizedes épületesoport, kissé sűrűen álló, pavillon-szerű szárnyakkal a sebészeti betegek számára, igen kényelmes, sőt korához képest nagyszabású operáló-helyiséggel és tanteremmel, újabban pedig, a kor sürgetése alatt berendezett, külön laparotomizáló teremmel. Legfigyelemreméltóbb azonban az ambulansok ellátására legutóbb épült ú. n. poliklinika pompás helyisége, mely az anyaklinikától, a hogy itt szokásos, egészen elkülönített elintézés alatt áll s dimenzióiról fogalmat adhat évi 25—30 ezeret megüítő betegforgalma. Ez a berliniek souverain sebészének, a nagy

*Bergmannnak* működési tere, a ki nem csak óriási tudást, de nem csekély önértetet is visz szereplése színterére. Ugyane telephez számítható az *Olshausen* nőklínikája, nagy költséggel, szinte kissé hivalkodó pompával épült intézet, minden képzelhető kényelemmel felruházva, a hol drákói szigorral üzik az asepsist. A városi kórházak, milyenek a „*Friedrichshain*“, „*am Urban*“ és a „*Moabit*“ nevezetűek, új és legújabb keletűek, részben fogantatba vett újításokkal, kivétel nélkül, úgy fekvésben, mint építkezésben és felszerelésben mintaserűek, pavillon, illetőleg barakk-rendszerben épült kórtermekkel, különálló operáló-házzal és az egyes kórtermeken kötszerek igényeiket fedező sterilizátorokkal. Bővebb részletezése az érdekes berendezésnek túl menne e leírás célján, másrészt pedig budapesti újabb kórházainkban többé-kevésbé megtalálható mindaz, a mi benne figyelemreméltó. A vezető sebészek nevei, úgymint *Hahn*, *Sonnenburg*, *Körte*, eléggé jellemzik az e helyeken gyakorolt sebészetet, méreteit pedig a több száz ágyra (*Hahn* osztályán 600-ra) rugó beteganyaga.

Ha ezeken kívül felemlitem a zsidóhitközség kórházát, a hol *Isráel* aratja ez operatív sebészetben babérait, a „*Lazarus*“ kórházat, melynek avult falai közt *Langenbuch* törekszik geniejével eredetiséget és új eszméket vinni a sebészet dogmái közé, ha megemlékszem a tekintélyes „*Augusta Hospital*“-ról, s benne *Lindner* rendkívül buzgó sebészi működéséről, s végül a kevésbé ismert katolikus kórházat érintem: akkor nagyjában elszámoltam mindazt, mit szakmám szempontjából több-kevesebb érdeklődéssel kísértem. Nem hagyhatom azonban említés nélkül a nagy számú poliklinikák intézményét, melyek a legrozantabb magánházak piszkos szurdokaiban megvonulva, olyan hajmeresztő sterilitású és hygienikus viszonyok között dolgoznak, hogy az már egészség elleni kihágás számba megy és a büszke metropolisnak szégyenére válik, annyival inkább, mivel orvosi részről történt gyakori sürgetés a tanács indolentiáján szenvedett hajótörést.

(Folytatása következik.)

*Ihrig Lajos dr.*

## Heti szemle.

Budapest, 1895. április 4-dikén.

### Értekezlet az új orvosdoktori szigorlati rend tárgyában.

*Vlassics Gyula* közoktatásügyi minster mult pénteken és vasárnap értekezletet tartott az új orvosdoktori szigorlati rend tárgyában, melyre meg voltak hívva: a budapesti orvostudományi kar kiküldöttei *Ilgyes Endre* dékán, *Korányi Frigyes*, *Mihálkovics Géza*, *Kélli Károly* ny. r. tanárok; a kolozsvári orvostanártestület kiküldöttei *Szabó Dénes* dékán, *Genersich Antal*, *Purjesz Zsigmond*, *Udránszky László* ny. r. tanárok; az igazságügyi orvosi tanács elnöke, *Kovács József* tanár, a belügyministerium részéről *Chyzer Kornél* min. tanácsos és *Klasz Pál* titkár; a közoktatásügyi ministerium részéről pedig részt vettek a tanácskozásban *Zilinszky* államtitkáron kívül *Lövey* min. tanácsos mint a III. osztály főnöke és *Tóth Lajos* tanár mint az orvosi ügyek előadója.

A tanácskozás tárgyát egyes kérdőpontok képezték, melyek részint a két egyetem javaslatainak egymástól való eltérése, részint pedig az osztály javaslatai folytán merültek fel.

Az 1-ső kérdőpont volt a következő: Megkövetelendő-e, hogy az orvosi tanidőből 5 félév hazai egyetemen töltsék el? Az eszmecsere folyamán egyértelműleg az a nézet jutott érvényre, hogy igen; elegendőnek mutatkozott azonban 4 félévnek kötelezővé tétele, olyformán azonban, hogy kimondassék másrészt az is, miszerint az osztrák egyetemen nyert orvosi oklevelek csak akkor bírnak Magyarországon orvosgyakorlatra jogosultsággal, ha birtokosuk 4 félévet töltött el valamelyik magyar egyetemen.

A 2-dik kérdőpont volt: A természetrajzi tárgyak kötelező hallgatása kimondassék-e az azokból való vizsgázás kötelezettsége nélkül vagy a kötelező vizsgálat elejtésével együtt elejtessék-e a kötelező hallgatás is? Hosszasabb eszmecsere után az a nézet jutott túlsúlyra, hogy a három természetrajzi tárgy hallgatása az orvosi tanfolyam első félévében kötelezővé tétessék, vizsga tárgya azonban ne legyen.

A 3-dik kérdőpont volt: Fenntartassék-e azon javaslat, hogy az ú. n. elméleti tárgyakból az első, második és harmadik év végén évi vizsgálatok jellegével bíró három külön szigorlat tennő,



vagy nem volna-e helyesebb a mostani előszigorlatnak (1-ső szigorlat czímén) — kibővítve a bonczani és élettani gyakorlati szigorlattal — a 2-dik év végén vagy a harmadik elején való kötelező letételét kimondani, és a kórbonczannak, általános kórtannak, gyógyszerertannak vizsgálatát, ide csatolva a közegészségtant is, a tanfolyam végére halasztani mint 2-dik szigorlatot?

E kérdésekre vonatkozólag beható eszmecsere után a következő nézetek jutottak túlsúlyra. A physika és chemia vizsgálatát fakultative le lehessen tenni már a tanfolyam 2-dik félévének végén, kötelezőleg leteendő ugyanaz azonban a 4-dik félév végéig; az anatomia és physiologia vizsgálata leteendő a 4-dik félév végén vagy az 5-dik félév elején; a kórbonczan, általános kórtan és gyógyszerertan vizsgálata fakultative letehető a 6-dik félév végén vagy a 7-dik félév elején vagy pedig hagyható a tanfolyam végére is.

A 4-dik kérdés volt: Nem volna-e czélszerű a vegytani gyakorlatokban való résztvételt 2 féléven át kötelezővé tenni oly módon, hogy a második félév az élettani intézet vegytanlaboratóriumában vagy az élet- és kórvegytani esetleg a gyógyszerertani intézetekben is eltölthető volna? Eszmecsere folytán az a nézet jutott túlsúlyra, hogy a vegytani gyakorlatok az első tanév második felében tétessenek kötelezővé.

5-dik kérdés volt: A közegészségtannak és törvényszéki orvostannak két fél évig való hallgatása és az elméleti mellett gyakorlati vizsgálata is megkívántassék-e vagy fentartandó-e a mostani állapot? E kérdés felett eltérő vélemények nyilatkoztak. A nézetek egyik árnyalata tekintettel arra, hogy ez időszerint már úgy a tiszti mint a törvényszéki orvosi vizsgák életbe lépítve vannak, a jelenlegi állapotokat vélte fentartandónak mindenik tárgyra vonatkozólag; a nézetek másik árnyalata, tekintettel arra, hogy mindkét tárgy jelen fejlettségénél fogva már olyan nagy, hogy egy félév alatt elő nem adható, hogy fontossága elvitázhatalan az egyetemes orvosi gyakorlattal foglalkozó orvos számára is, továbbá azon általános szempontból, hogy a mai modern helyes irányban vezetett orvosi nevelés megkívánja már azt, hogy az orvosi tanítás minden szakmája tárgyon taníttassék és vizsgáltassék, a budapesti tanártestület ajánlata értelmében, szükségesnek tartotta a tárgy két félévi hallgatását és tárgyon való vizsgálatát; a nézetek egy harmadik árnyalata ez utóbbit csak a hygienére kívánta kiterjesztendőnek, míg a törvényszéki orvostanra elegendőnek tartotta a félévi hallgatást és a tárgyon való vizsgálatot. Az elnöklő közoktatásügyi miniszter kijelentette, hogy e tárgyak hallgatási kötelezettségére vonatkozólag a kari dékán útján be fogja kérni a budapesti egyetem két szaktanárának véleményét is.

6-dik kérdés volt: Az általános kór- és gyógytannak két féléven át hallgatása és elméleti s gyakorlati vizsgálata kívánatos-e? E kérdésre szintén eltérők voltak a nézetek. Voltak a kik félévben hallgatását és elméleti vizsgálatát kívánták, mások a kik szükségesnek tartották annak két féléven keresztül való hallgatását és a fennebbiek értelmében tárgyon való vizsgálatát. Ez utóbbi nézet jutott túlsúlyra azon értelemben, hogy a vizsgálás módja, vajjon az elméleti vagy tárgyon való legyen-e? az illető tanárra bízandó.

7-dik kérdés volt: Nem kellene-e a belgyógyászati és sebészeti propaedeutika előadásáról és kötelező hallgatásáról gondoskodni? E kérdésnek a belgyógyászati propaedeutikára vonatkozó részét az értekezletre meghívtak mindnyájan, a sebészeti propaedeutikára vonatkozólag pedig egy tag kivételével valamennyien sürgőstelennek tartották és elegendőnek vélték, hogy a tanításnak ez irányban fennálló szükségletei, a mennyiben azok az általános kórtani előadásokban nem fedeztetnének, a meglevő klinikák keretén belül az adjunctusok, tanársegédek cursusai, vagy azokon kívül esetleg magántanárok collegiumaiban találjanak kielégítést.

Élénk eszmecsere tárgyat képezte az a kérdőpont, melyet a budapesti orvoskari tanártestület javaslata vetett fel, nevezetesen vajjon kívánatos-e egy évi kötelező kórházi gyakorlat megkövetelése a praxisba kilépés előtt? Az értekezletnek minden tagja, a ki a kérdéshez hozzá szólott, kívánatosnak nyilatkoztatta azt, hogy a fiatal oklevelezett orvos, mielőtt a gyakorlatba kilépne, lehetőleg kórházi gyakorlatot is szerezzen, azonban az egy évi kórházi gyakorlatnak kötelezővé tételére egy felszólaló sem látta még elérkezettnek

az időt, miután annak kellő haszonnal járó keresztülvitele jelenlegi kórházi viszonyaink mellett még alig lenne lehetséges. A közoktatásügyi miniszter e tárgyban még meg fogja kérdezni a belügyminiszterium közegészségügyi osztályának vezetőjét is, ki e pont tárgyalásakor az értekezleten meg nem jelenhetett.

Hasonlóképpen függőben maradt az a kérdés is, hogy mennyiben lenne szükség arra, hogy a központi kormányzat is részt vegyen, és mely phasisban az orvosdoktori szigorlatokban.

Ez értekezlet és az orvosi karok részéről benyújtott tervezetek alapján a közoktatásügyi miniszter ki fogja dolgoztatni az új szigorlati rendet és azt rövid terminusu hozzászólás végett leküldi az orvosi karoknak és nyilvánosságra is bocsátja.

\*\*\*

#### A magyar orvosi könyvkiadó társulat évi közgyűlése 1895. évi márczius hó 22-dikén.

(Vége.)

A társulat bevételei mult évben alapítványok után 1325 forintot, rendes tagok befizetéseiből 7676 frtot, különfélekéből 61 frtot, összesen tehát 9092 frtot tettek ki. A könyvkiadásra fordított összeg mult évben 12,392 frt 62 krt tesz, miből azonban 3000 frt még az 1893. évi illetményre vonatkozik.

A társulat vagyona a pénztári számadásban 67,075 frt 24 krral van kimutatva. Ezen összegből értékpapirokban 57,030 frt 65 kr. és 905 frt 5 kr. a m. földhitelintézetben mint tőke van letéve. A folyó kiadások fedezésére azonkívül a m. földhitelintézetnél 3154 frt 72 kr., a Budapest-Terézvárosi takarékpénztárnál 2841 frt 34 kr. és a társulat pénztárában 328 frt 48 kr., összesen tehát 6324 frt 54 kr. áll a társulat rendelkezésére.

A társulat tagjai sorából mult évben, a mennyire tudomásunkra jutott, csak Széles Dénes és Varga Géza rendes tagok elhunytát fáljaljuk.

Az alapítványi bizottmány két kiküldött tagja által előlegeesen megvizsgáltatta a társulat mult évi pénztári számadásait s vagyonállását, melyek teljes rendben találtatván, Török Sándor pénztáros úrnak a szokásos felmentvényt megadatni és fáradságos munkálkodásáért közgyűlésileg köszönetet szavaztatni indítványoz.

A mult évi pénztármérleg és vagyonkimutatás a közgyűlés tagjai között kiosztatott. A kimutatást itt közöljük.

A magyar orvosi könyvkiadó társulat forgalmi kimutatása 1894. április 25-dikétől 1895. márczius 11-dikéig.

Bevételek:	frt
Pénztári maradvány 1894. április hó 25-dikén	210.50
Magyar Tudományos Akadémia adománya	1.000.—
Kamatozásra elhelyezett betétekből	20,862.84
Kisorsolt értékpapirokból	2.000.—
Szelvények beváltásából	1,781.72
Kamatokból	163.51
Rendes tagok díjai	7,676.—
Alapító tagok befizetése	1,325.—
Különfélekéből	61.—
	35,080.57

Kiadások:	
Kamatozásra elhelyezett betétek	15,517.49
Értékpapírok bevásárlása	5,816.56
Titkári kiadások könyvek s körözvények szétküldésére	115.40
Évi jelentés nyomtatása és egyéb költségek:	
a) Évi jelentés nyomtatása	144.03
b) Nyomtatványok (felszól. a társulat támogatására stb.)	263.15
c) Kezelési könyvek	24.75
d) Szolga két évi fizetése	120.—
e) Szolga díjbeszedés és jutalék	91.20
f) Könyvek bekötése	29.37
g) Szekrény	13.—
h) Vegyes kiadások	49.53
Lakbér	175.—
„Belgyógyászati” kézi könyve	6,895.62
Dr. Thanhoffer L. „A szövetek és sejtek szerkezete”	3,000.—
Dr. Thanhoffer L. „Mikroszkopia”	1,938.—
Dr. Belky J. „Törvényszéki orvostan”	559.—
Pénztári maradvány 1895. márczius 11-dikén	328.48
	35,080.57



## Vagyon-mérleg:

Kamatozásra elhelyezett betétek:		frt
Magyar Földhitelintézetnél	3,154.72	
Budapest-Terézvárosi takarékpénztárnál	2,841.34	5,996.06
Értékpapírok:		
Magyar Földhitelintézetnél letétben:		
n. é. frt 18,400.— 4 1/2% M. földhit.-int. záogl. 101 1/4	18,630.—	
" " 4,300.— 4% " " " 99	4,257.—	
" " 10,400.— 4% " földteherm. kötv. 98 1/4	10,218.—	
" " 10,000.— 4 1/2% " regále-kötvény 101 1/2	10,125.—	
" " 12,000.— 4% " földhit. talajj. kötv. 97 1/4	11,670.—	
" " 2,150.— 4% " korona-járadék	2,130.65	
Időközi kamatok márczius 11-dikéig	905.05	57,985.70
Hátralékok:		
a) alapító tagok után	775.—	
b) rendes tagok után 1894. évről	232.—	
" " " 1888—1893. évekről	1,808.—	2,815.—
Pénztári készlet 1895. márczius 11-dikén	328.48	
Egyleti vagyon-állomány 1895. márczius 11-dikén	67,075.24	

Török Sándor, e. i. pénztárnok.

Alulírottak a fentebbi kimutatást a társulati könyvekkel összehasonlítván, a társulati számadásokat 1894. április 25-dikétől 1895. márczius 11-dikéig megvizsgálván és úgy a takarékpénztárban, valamint a m. földhitelintézetnél elhelyezett készpénz és értékpapírok érintetlenségéről meggyőződve, a pénztár pontos és rendes vitelt elismerjük. Budapest, 1895. márczius 13-dikén. *Böke Gyula* dr. s. k. *Koller Gyula* dr. s. k., mint az alap. bizottmány által kiküldött számvizsgálók.

5. Jendrassik Ernő titkár felolvasta a mult közgyűlésből kiküldött pénztárvizsgáló-bizottság jelentését:

Jegyzőkönyv. Alulírottak, a magyar orvosi könyvkiadó társulat 1894. évi közgyűlése által kiküldött pénztárvizsgálók, mai napon megjelentünk Török Sándor pénztárnok úrnál s kiküldetésünk értelmében az 1893—1894. évi számadásokat átvizsgáltuk, a pénztárkönyv egyes tételeit, úgy a bevételi mint kiadási rovatot az eredeti okmányokkal összehasonlítván, azokat mindenben egybevágóknak találtuk. Budapest, 1895. márczius 20-dikén. *Szontagh Ábrahám* dr., *Batizfalvy Sámuel* dr., *Tóth Lajos* dr.

A közgyűlés mindezen jelentéseket tudomásul vette és Török Sándor pénztárnoknak a társulat pénzügyei körül kifejtett buzgó és fáradtságos működéseért jegyzőkönyvileg köszönetet szavazott.

6. Az 1895-dik évre pénztárvizsgáló-bizottságnak *Batizfalvy Sámuel* elnökle alatt *Szontagh Ábrahám* és *Tóth Lajos*, a közgyűlés jegyzőkönyvének hitelesítésére pedig *Csapody István* és *Hochhalt Károly* tagtársak kértettek fel.

7. Ezek után az alapszabályok értelmében kilépő helybeli és vidéki igazgató-tanácsi tagok választása következett. A szavazatok egybeszedésére felkért és *Rákossy Béla* elnökle alatt *Jurkiny Emil* és *Tiegermann Mór* tagokból álló szavazatszedő-bizottság a szavazatokat összeszámlálván, kinttint, hogy a következő három évi cycusra igazgató-tanácsi tagokul szótöbbséggel a következő tagtársak lettek megválasztva: *Helybeli tagokul: Fodor József, Mihálkovics Géza, Navratil Imre, Stiller Bertalan; vidékiek: Boleman István, Genersich Antal, Konrad Márk, Schuster Jenő.*

8. Több tárgy nem lévén, elnök megköszönve a tagok szíves megjelenését az ülést berekesztette.

\*\*\*

A diphtheritis serumtherapiája. *Johannessen* 30 egyénnél, kik diphtheriás beteggel érintkezésben voltak, immunizálás céljából Behring-féle serumot feeskendezett a bőr alá (1/4 palaczk 1. sz. serum, vagyis 150 egység). A 30 egyén közül diphtheritisben megbetegedett 3, és pedig az egyik 15, a másik 22 nap, a harmadik pedig 8 hét múlva. Érdekesekek szerzőnek azon vizsgálatai, melyekben oly egyének torkát vizsgálta bacteriologiai szempontból, kik diphtheriás beteggel érintkezésben voltak, de semmi diphtheriára utaló tünetet nem mutattak. Az egyik vizsgálati sorozatban 26 egyén közül 3-nál sikerült kimutatni a diphtheritis-bacillust; közülök az egyik később megbetegedett diphtheritisben, a másik kettő azonban nem; ez utóbbiak torkában 17, illetve 26 napig voltak találhatók a diphtheritis-bacillusok. A második vizsgálati sorozat 22 egyénre vonatkozik, kik közül szintén 3-nál találták meg a diphtheritis-bacillust, a mely még 11, 9 illetve 8 napon át volt kimutatható; mind a három egyén egészséges maradt. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1895. 13. sz.)

*Bertin* nem immunizált lovak serumával tett néhány gyógyító kísérletet. Esetei a következők: 1. 21 hónapos fiúgyermek, torokdiphtheria, croup a tracheában és bronchusokban; Löffler-bacillusok nincsenek, csak strepto- és staphylococcusok; tracheotomia; a 10-dik napon 10 km. nem immunizált ló-serum; 24 óra múlva halál. 2. 5 éves leányka, torokdiphtheria és larynx-croup; Löffler-bacillusok tiszta tenyészetben; a betegség 3. napján 20 km. nem immunizált ló-serum; gyors javulás, gyógyulás a 6. napon; a 9. napon erős urticaria. 3. 19 éves leány, torokdiphtheria és croup a tracheában; Löffler-bacillusok más bacteriumokkal együtt; a betegség 2. napján 20 km. nem immunizált ló-serum; másnap az alhártyák leváltak; lassú gyógyulás; urticaria a 10. napon; 4. 5 éves fiú, croupos köhögés, Löffler-bacillus nincsen, csak strepto- és staphylococcus; 20 km. nem immunizált ló-serum után eleinte javulás, azután rosszabbodás. 20 km. Roux-serum után fokozódó rosszabbodás; 3 nap múlva tracheotomia, a tracheában Löffler-bacillusok; ezután javulás és lassú gyógyulás. 5. 5 éves fiú, a 4. napon tracheotomia, Löffler-bacillusok és streptococcusok; az 5. napon 20 km. nem immunizált ló-serum, a 8. napon 20 km. Roux-serum; halál. 6. 4 éves fiú, larynx-croup, a betegség 2. napján 16 km. nem immunizált ló-serum; másnap tetemes javulás, további 4 nap alatt gyógyulás; 8 nap múlva urticaria. Eredményeiből szerző azon következtetésre jut, hogy a közönséges ló-serum ugyanolyan hatású, mint az immunizált ló-seruma. (*Gazette med. de Nantes*, 1895. 4. sz.)

## Vegyesek.

Budapest, 1895. április 5-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1895. márczius 17-dikétől márczius 23-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 425 gyermek, elhalt 284 személy, a születések tehát 141 esettel multak felül a halálozásokat. — A fővárosi közokmányok-ápolatott e hét elején 2443 beteg, szaporodás 817, csökkenés 795, maradt e hét végén ápolás alatt 2465. — A fővárosi tisztviselői hivatalnak 1895. márczius 25-dikétől április 1-sejéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 1 (meghalt —), himlőben —, bárányhimlőben 6, álhimlőben —, vörhenyben 8 (meghalt 3), kanyaróban 29 (meghalt 2), ronsoló toroklobban 18 (meghalt 5), torokgyíkban 4 (meghalt 2), trachomában 10, hőkharutban 8, orbánczban 7.

— Egyetemi alkalmazást nyertek: a szemészeti tanszék mellett *Waldmann Béla* dr. mint díjtalan gyakornok; a kórbonecz-tani tanszék mellett *Minich Károly* dr. mint első tanársegéd; az élettani tanszék mellett *Pekár Mihály* szig. orvos mint díjtalan gyakornok; a törvényszéki orvostani tanszék mellett *Baintner Imre* és *Jeney Aladár* szigorló orvosok mint díjtalan gyakornokok.

△ Egyetemes orvosdoktorokká felavattattak 1895. márczius 23-dikén: *Kollarits Jenő*, Budapest (Pestm.), f. a. Hőgyes tnr.; *Farkas Elemér*, Budapest (Pestm.); f. a. Kéti tnr.; *Schnitzer Rudolf*, Rozsnyó (Gömörm.), f. a. Bókai tnr.; *Szilágyi Frigyes*, Kaposvár (Somogym.), f. a. Thanhofer tnr.; *Stárk Lajos*, Lepsény (Veszprém.), f. a. Laufenauer tnr. — 1895. márczius 30-dikén: *Horeczki Bernát*, Nagy-Surány (Nyitram), f. a. Klug tnr.; *Kohn Miksa*, Szombathely (Vasm.), f. a. Korányi tnr.; *Schlesinger Armin*, Székesfejervár (Fehérm.), f. a. Kovács tnr.; *Vermes Lajos*, Szeged (Csongrádm.), f. a. Fodor tnr.; *Fürst Lajos Ottó*, Kükümér (Vasm.), f. a. Schulek tnr.; *Hajós Lajos*, Pető-Szinye (Abaúj-Tornam.), f. a. Mihálkovics tnr.; *Mangler Béla*, Szeps (Abaúj-Tornam.), f. a. Kézmárczky tnr.; *Bárány Henrik*, Tornócz (Nyitram.), f. a. Tauffer tnr.; *Reich Chaim Jenő*, Széplak (Abaúj-Tornam.), f. a. Plósz tnr.; *Schwarz Lajos*, Baán (Trenesém.), f. a. Ajtai tnr.; *Szerédy Imre*, Budapest (Pestm.), f. a. Hőgyes tnr.; *Csáki József*, Csik-Szépvíz (Csikm.), f. a. Kéti tnr.; *Feuermann Adolf*, Bábászék (Zólyomm.), f. a. Bókai tnr.; *Kiss Antal*, Kis-Namény (Szatmarm.), f. a. Thanhofer tnr.; *Liéti Albert*, S.-A.-Ujhely (Zemplén.), f. a. Laufenauer Károly tnr.

Dr. **Herczel** egyet. m.-tanár **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest, VII.** Felső erdősor 5. sz. — Allandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitiű ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kiváratra prospektus.

## „Szt. Lukács-fürdő“ részvény-társaság

Budapesten.

**Uj! Gyógykezelés meleg kénves vízzel: A thermalis zuhanyfürdő!! (Douche massage). Téli kúra az iszapfürdőben, mely a szállodákkal egy épületet képez. Nehéz betegek számára felhúzó készülék külön iszapfürdőbe. Kényelem és jó ellátás. Lakásokról és fürdőkről küld prospectust az igazgatóság. A fürdő főorvosa: Bosányi Béla dr.**



## ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

## Közlemény a II. belklinikáról.

## Mellkasi aneurysma szokatlan esete.

Irta: Jendrassik Ernő dr., egyetemi tanár.<sup>1</sup>

A mellkasi daganatok felismerése mindig érdekes feladatát képezi a diagnostikának. Ezen daganatok közt általában aránylag a legkönnyebben megítélhetők az aneurysmák, ha azok a szegyesont markolata táján, vagy a mellett jutnak a mellkas falával érintkezésbe. Sokkal nagyobb nehézségekbe ütközik az aneurysmák helyes értelmezése, ha azok a háton vagy a mellkas alsóbb részletein mutatkoznak, s ezen esetek közt számos szolgáltatott már igen kiváló klinikusok kezében is téves körjelzésre alkalmat. Ilyen esetet óhajtok ez alkalommal közölni, hozzáfűzve egyúttal az irodalomból néhány némileg hasonló eset ismertetését.

X. Y., 40 éves, hivatalnok 1894. október 25-dikén keresett fel először. Kórelőzményi adatai a következők. Atyja 76 éves korában hólyagbajjal szövődött vesebajban halt meg, anyja 46-dik évében gümőkórban. A beteg 14 éve nő, összesen három gyermekük született, ezek egészségesek. Korábbi bajokképpen gyermekéveiből bélhurutot s vérhast említ. 18 éves korától szokványos székrekedésben szenved s már igen régen aranyeres csomók támadtak nála. 20. évétől gyakrabban voltak vértörölésai fejében s ekkor fejfájást is érzett. Később traumás eredetű herelobja, majd lágy fekélye volt, elgenyedt hubóval, s a nélkül, hogy luesre valló tünetek támadtak volna ez időtájt nála. Egy ízben kankója is volt. 1887-ben, ismeretlen ok folytán jobb válla táján, a musc. pectoralis felett apró hólyagokból támadt, pörkkel fedett s időnkint bővebb váladékot adó, s szabálytalanul terjedő bőrkiütése volt, a mely másfél évi fennállás után jodkalium bevétele s sztrikenősesnek a megbetegedett bőrfelületre alkalmazása után gyógyult meg, helye azonban mint szabálytalan, sugaras, fehéres hegedés maig is látható.

Három évvel ezelőtt gyakran volt fejfájása, a mely néha 2—3 napig heves fokban gyötörte; e mellett ideges, ingerlékeny, majd álmatlan lett, sőt néha emlékezete is eszerben hagyta. Ezen jelenségek hidegvízúra (Wörishofen) alatt elmultak.

A mult év április havában ismét mutatkoztak az ideges tünetek, s hozzá még a mellkasban fájdalmak is esatlatkoztak s a jobb karba kisugárzó szakgatások is gyakrabban jelentkeztek. Augusztusban vette észre beteg, hogy jobb mellkas falán kezével élénk lüktetést érez. Megfigyelés végett november 7—12-ig feküdt a klinikán (az ezen időben felvett állapot, annak objectív jeleit tekintve teljesen azonos volt az alább vázolandó későbbi lelettel) s onnét távozva csak 1895. február 7-dikén jelentkezett ismét, miután szenvedései időközben még tetemesen fokozódtak, nevezetesen baloldalára feküdni nem tudott, beszéd közben, járásnál nehézlégzés gyötörte, szívműködése mint hevesebb lett, éjjeleit álmatlanul töltötte,

helyét ágyában alig lelte, gyakran ülve kellett aludnia, fájdalmi karjaiban s hátában igen élénken, s csaknem állandóan kínozták, táplálkozása rosszabbodott.

A felvételnél a közepesen fejlett, kissé lesoványodott férfi-beteg arczzsine némileg sárgásba játszó, itt-ott kitágult erecskék láthatók arczbőrn, kötőhártyái is kissé vörösebbek. Nyaka vékony, rajta a felületesebb vénák észrevehetőleg duzzadtabbak, a sterno-cleido-mastoidens mentén baloldalt 1—2 kis mirigyeeske tapintható.

A mellkas hosszúsága, a bal váll jóval magasabban áll mint a jobb, (úgy látszik ezen elferdülés régebbi eredetű, de a beteg nem tudja mikor keletkezett) lélegzésnél, bár a hasi typus nála igen kifejezett, a két mellkasfél is emelkedik s jelentékenyebb különbség nélkül. A jobb mellkasfél tágabb (a proc. xyph. magasságában 44, b. 43 cm., az 5. borda tapadása magasságában 45.5, b. 43.3, a 4-dik borda irányában 43.5, b. 42.8 cm.). A 3., 4., 5-dik borda táján, főleg a szegyesont jobb oldala mellett, s annak közelében, de felfelé a 2-dik, s oldalt a bimbóvonalig, sőt azon némileg túl is terjedőleg élénk lüktetés látható, s a 4—5. borda magasságában a szegyesont jobb széle mellett mintegy 5—6 cm.-nyi átmérőjű terület meglehetősen előre domborodott, felette a bőr, sőt az alatta levő képletek is kissé duzzadtaknak látszanak, a mennyiben ezen a tájon a bordaközök nem válnak ki oly élesen mint a baloldalon. Nyomásra ezen tájék érzékeny, sőt erősebb nyomásnál igen fájdalmas. A manubrium sterni a 2-dik borda magasságában is előre domborodó, de ez már régi eredetű, s nem érzékeny. A szívtájon lüktetés nem látható, az epigastriumban ellenben pulsatio van jelen. A kopogtatási viszonyok elemzése mindenekelőtt kimutatja, hogy a tüdőhatárok kissé lejjebb terjednek; a jobb hónaljvonalban a 8-dik, a j. bimbóvonalban a 7-dik bordánál kezdődik a májtompulat. A jobb parasternálvonalban az 1. és 2-dik bordán teljes éles a kopogtatási hang, s a bal oldal megfelelő tájékával összehasonlítva nem mutat észrevehető különbséget. A 3-dik bordán kezdődik egy relatív tompulat határa, a mely igen élesen, a 3—4. borda között, tulajdonképpen a 4-dik borda felső szélén lesz tompa füressé, innen az 5-dik bordaközig tompa, míg ettől lefelé még mintegy 2 haránt újjnyi területen csak tompult. Ezen tompulat határa egyrészt egyenes vonal alakjában a szegyesont jobb széle, míg félköralakban az abszolút tompulat legkülső határa a 4-dik borda magasságában a szegyesonttól 8 cm.-nyire terjed, a relatív pedig felül 2.5 cm.-rel, alul 3.5 cm.-rel nagyobb, míg oldalt relatív tompulat nincsen. Az abszolút tompulat felső határa mély belélegzésnél sem változik, míg alsó határa kissé feljebb száll.

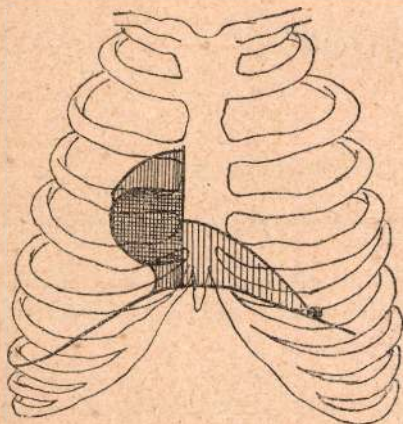
Ezen viszonyokkal szemben meglepő, hogy úgy a szegyesont felett, mint a bal parasternálvonalban gyenge kopogtatásnál csak teljes éles hangot nyerhetni, s így a szívtompulat hiányozni látszik. Erős kopogtatásnál azonban, s főleg, ha a beteg mellkasát előre dülő helyzetben kopogtatjuk, akkor a szívtompulat a bal szegymelletti vonalban az 5—6. borda felett, s harántirányban a 6-dik borda magasságában kifelé körülbelül 8.5 cm.-nyire, a rendes szívtompulathoz hasonló alakban tűnik elő; sőt ilyenkor a szegyesontnak az 5-dik bordától lefelé eső részlete is erősen tompultnak mutatkozik.

<sup>1</sup> Betegbemutató a kir. orvosegyesület 1895. márczius 2-dikán tartott ülésén.



A többi kopogtatási viszonyok rendesek. A lélegzés mindkét tüdő felett egyenlő, puha sejtés, gyengén hallható.

A szívesücslökés jelenleg nem, vagy csak alig tapintható, a midőn azonban a beteg kissé többet jár, a szívesücslökés igen tisztán tapinthatóvá válik a 6—7-dik bordaközben,



A kétszer vonalozott terület az abszolút tompulatnak, a sűrűn vonalozott a relatív tompulatnak képe, a ritkán vonalozott hely előredűlő helyzetben a relatív tompulat kiterjedése.

a középvonaltól körülbelül 8.5 cm. nyire. A szívhangok mindenütt egészen tiszták, a csücsön gyengén hallhatók, igen élesen tűnek elő a szegycsont jobb oldalán a 3—5. bordaközben; itt a második hang erősen ékelt, de nem csengő, a 2—3-dik bordaközben ezen oldalt a diasztolés hang néha érdesnek, kettőzöttnek tetszik. Hátra, a lapoczká alsó szögletei táján a bal oldalon némileg erősebben hallhatók a szívhangok, mint jobboldalt. A carotisban két tiszta hang, a cruralisban semmi sem hallható. A jugulumban lüktetés nem tapintható.

A hasban az epigastriális tájék nyomásra érzékeny. A máj lejjebb szállott s némileg megnagyobbodottnak látszik, de ki nem tapintható. A lép határai rendesek; a vizelet rendellenes alkatrészt nem tartalmaz, kóros változás nem mutatható ki benne.

Ha ezen vizsgálati adatok alapján a kórjelzést fel akarjuk állítani, úgy nem csekély nehézségekbe ütközünk. Az első benyomás, főleg ha az előbb említett fogásokat a szív tájék kopogtatásával figyelembe nem vesszük s így rendes helyén hiányozni látszik a szívtompulat: a dextrokardia felvétele. Ezen felvétel azonban nem sokáig állhatja meg helyét, mert az a körülmény, hogy ezen tompulat alatt még azt a májtompulattól elválasztó s éles hangot adó két ujjnyi terület van, már mutatja, hogy itt egyszerű (situs perversus viscerum-nak megfelelő) dextrokardia nem lehet, mert az ép szív rajta fekvővén a diaphragmán, annak tompulata a májával folya egybe. De a beteg panaszai, az elődomborodó, megváltozott s nyomásra igen fájdalmas, hevesen lüktető mellkasfal is ellentmond eme felvételnek, a mely teljesen elejtendő lett, mihelyt a valódi szívtompulatot s a szívesücslökését ki lehetett mutatni a bal oldalon. Igen bizonyító volt ezen tekintetben, a midőn felfokozott szív működésnél egy hallgatócsövet a pulzáló tájékra, másikat a szívesücsre helyeztünk, s a Stokes-féle két szívverést demonstrálhattuk. A beteg is emlékezett, hogy régebben rendes helyén vert szíve. Ezzel egyszerre mind ki volt zárva a szívdisszekciónak felvétele is, annival is inkább, mert arra vezethető bántalmak nem voltak a betegnek, s mert a szívesücs a középvonaltól balfelé 8.5 centimetryre lüktetett.

Ilyen körülmények között felmerült a kérdés, nem lehetne-e szív megnagyobbodással dolgunk. Ezen a helyen azonban csak a jobb pitvar kitágulásáról lehetne szó, a mi tekintve, hogy egyáltalában olyan súlyos pangási tünetek, a melyek ilyen kitágulás mellett bizonyára fennállnának, jelen nincsenek, s a szíven a billentyűk mind épeknek látszanak, végre hogy az egész szív megnagyobbodása mellett a tulajdonképeni szívtompulatnak is meg nagyobbodva kellene lennie: teljesen tartáhatatlan feltevés, a melyet már ezen kóros tompulatnak igen nagy kiterjedése is kizár. Hasonló módon a szíveaneurysma felvétele sem látszik a priori valószínűnek, mert az a jobb szívben rendkívüli ritkaság, s ilyen terjedelemben legalább súlyos szívbéli elváltozások nélkül alig fordul elő, ezen kérdésre azonban még visszatérünk.

A lüktetés igen kifejezett élénksége és nagy területre elterjedése azon benyomást keltette a vizsgálóban, hogy folyadékkal telt türeg közvetíti a lüktetést a szívtől. Ezen folyadék

vér, genyedség, vagy valamely cysta tartalma lehetett. Tekintve a daganat elhelyezését a 3—5. borda között jobboldalt, a nyomási tünetek nem túlságosan kifejezett voltak: az aneurysma felvétele kevéssé látszott valószínűnek s véleményünkben inkább valamely eltolt hideg tályog vagy cysta felvétele felé hajoltunk. Könnyen belátható, hogy e kérdés eldöntése a gyógyítás szempontjából elkerülhetetlen lett, s miután arra más biztos mód mint a próbaesapolás nincsen, erre kellett magunkat elhatároznunk. Ezen vállalkozás nem tekinthető túlmerésnek, mert hisz aneurysmákat gyógyítási szempontból már régen megszüntetnek s egyes szerzők részint villamárammal, részint csak idegen test bevétele által óhajtják a vér megalvadását a daganatban elérni s ezáltal gyógyítólag hatni. E próbapunctiót február 8-dikán hajtottam végre az asepsis gondos megtartása mellett. Beszúrási helyül a 4—5. bordaközben, az abszolút tompulat külső felét választottam, nehogy az art. mammae sértése előfordulhasson. A midőn a közösleges Pravaz-feeskendő tüje mintegy egy centimetryre behatolt, felhúztam dugattyúját s miután még folyadék nem jött, előre toltam a tűt. E közben azon benyomást kaptam, hogy tömött falazaton haladok át s egy pillanatban éreztem, a mint a tű vége türegbe ért. Ekkor a feeskendő élénk piros vérről hirtelen megtelt. A tű kihúzása után vérzés nem volt, a beteg igen jól tűrte e kis beavatkozást, sőt az utána következő napokon jobban is érezte magát.

A próbaesapolásnak ezen eredménye eldöntötte a kérdést, s e tekintetben nemcsak az a körülmény volt bizonyító, hogy vér ömlött elő, a mi előfordulhatna más daganatnál is, ha véletlenül érbe szúrunk, hanem az az érzés, a mely a tű behatolásánál támadt. E szerint többé kétség nem lehetett a felett, hogy aneurysmával van dolgunk, s most már csak az volna eldöntendő, honnét indult ki ezen értágulat. Az art. mammae int. vagy annak egyik ramus intercostalis nem lehet kiindulási pontja ezen aneurysmának, mert azt legalább almanagyságúnak kell elképzelni s ilyen nagy érdaganatok ezen vékony erekből tudtommal legalább nem ismeretesek.

Ekként nem marad más választás mint aorta aneurysma, vagy szíveaneurysma felvétele. Az utóbbi esak a jobb pitvar aneurysmája lehetne, a melynek Berthold<sup>1</sup> által közölt esete meglehetősen hasonlít a miénkhez. Ezen esetben az aneurysma az egész pitvart elfoglalta, s férfikölönyire nőtt, a mellkas falához odatapadt, s részint a szegycsontot, részint a 2—4. bordák szegycsonti végét uszúrta s a bőrön át nyílt meg. Ezen esetről azonban sajnálatomra bővebb feljegyzéseket nem szerezhettem. Ha a normalis viszonyokat vesszük tekintetbe, úgy ezen lokalisatio mellett aorta aneurysmára nem is lehetne gondolni, miután az aorta csak a második borda alsó szélénél magasságában ered s innen felfelé halad. De tekintetbe kell vennünk, hogy esetünkben a rekesz tetemesen lejjebb áll, mint rendesen, tekintetbe kell vennünk továbbá néhány közölt esetet, a melyben hasonló viszonyok mutatkoztak. Ezen esetek legnagyobb részében azonban a tompulat felfelé is terjedt s a 2. borda, sőt az első bordaközben is kimutatható volt, míg lefelé az 5—6. bordáig húzódt. Bury<sup>2</sup> egy eset rajzát közli, a melyben a tompulat a sternum jobb oldalán az első borda tapadási helyétől körívben haladt a 6-dik bordáig le, ennek magaslátán ismét a szegycsont széle mellé kerülve, míg legszélesebb átmérőjét a 4-dik borda magasságán érte el. Tanulmányosabbak a bonezolt esetek: Touchard<sup>3</sup> közlésében az 50 éves férfi mellében jobb karjába kisugárzó fájdalmakat érzett s a vizsgálat a szegycsont jobb széle mellett a 2—3. bordaközben lefelé a 4—5. közbe terjedő lüktető daganatot mutatott ki, ép szívhangok mellett; hirtelen halál. Bonezolatnál az aorta felhágó részletén igen nagy aneurysmát leltek, a szív nagyobbodása nélkül. Poulalion<sup>4</sup> esetében a szegycsont jobb oldalán a 2—3. bordaközben az 5-dikig terjedő, s közepén 4 1/2 ujjnyi szélességű élénken lüktető kiemelkedés volt jelen, ezen esetben is a szívtompulat csak relatív volt, a szívesücs nem tapintható.

<sup>1</sup> Idézve Schrötter művéből Ziemssen Handbuch VI. k. p. 263. 2. kiadás

<sup>2</sup> I. S. Bury Clinical medicine London 1894. p. 209.

<sup>3</sup> Bulletins de la Société anatomique 1893. 115. 1.

<sup>4</sup> Bulletins de la Société anatomique 1890. 9. 1.



A kóros tompulat s a máj tompulata közt 2 haránt ujnyi éles hangot adó terület volt, úgy mint a mi esetünkben is. A szívhangok tiszták voltak, csak a daganat felett volt gyöngesystolés fúvó jellegű zöreje. Egy pulzusra két liktetés esett az aneurysmában, mint az a közölt görbéből is kitűnik. Nyomási tünetek, nagy fájdalmak a jobb karban, hirtelen halál. Az aorta felhágó részéből, egy centimetryire a billentyűk felett kiinduló, narancs nagyságú, zsákszerű egyenetlen aneurysma volt, a mely rövid széles nyakkal ült a főeren, s azzal 4 centimetrynyi nyíláson közlekedett. A karfonaton nem látszott nyomás jele s e fájdalmakat az angina pectoris tünetesoportjába tartozónak tekintette a szerző. Leginkább hasonlít azonban esetünkhöz az, a melyet Paul Raymond<sup>1</sup> közölt. Ezen betegnél a szegycsont jobb oldalán a 3., 4., 5. bordaközre, s a szegycsont jobb szélétől harántirányban 3 cm.-nyire terjedő tompulat volt jelen. A tüdőhatárok kissé mélyebbre nyúlók, a szívcsücslökés nehezen tapintható, az aorta felett syst. zöreje, vízkór. Boncsolásnál a felhágó ágon, annak jobb oldalán mandarin-nagyságú aneurysma ült, a mely a pitvart nyomta s a körülötte levő képleteket kivájta.

Ezen példák bizonyítják, hogy a jelzett helyen is fordulhatnak elő aorta aneurysmák, s véleményünk szerint néhány körülmény szól még a mellett, hogy a mi betegünkben is ezzel van dolgunk. Ezen okok a következők.

a) Szív aneurysmánál nem igen volna ok arra, hogy a szív hátra, illetőleg a bal tüdő vájulatába nyomassék, míg érhető ez a mellkasfal és szív közé ékelődő aorta aneurysmánál.

b) A sphygmograph görbéje, a melyet betegünkben felvettünk, eléggé jellegző az aorta aneurysmákra s azoknak kettős, vagy többszörös liktetésére, a mint az számos esetben észleltetett. Sphygmographiai görbék általában sokféleképpen értelmezhetők, s nem gondolom, hogy bizonyító értékük valami nagy volna. A többszörös hullám azonban, ha az emelkedések egy része a kamara szüneti szakába esik, mégsem hagyható egészen figyelmen kívül. Miután ezen jelenség főleg a szív közelében levő aneurysmánál van kifejezve: úgy gondolom, hogy ezen többszörös elevatiók a szív pitvarainak megtelődési s kiürülési mozgásaival is függhetnek össze azon esetben, ha mint a mi betegünkben is fel kell venni, miszerint az értágulat a szív pitvari részével nagyobb felületen érintkezik. Szívaneurysma esetében ezen, az egész szírevolutio szakát (a pausával együtt) betöltő mozgások aligha volnának jelen. A szívanneurysma ellen szól még a görbén az a körülmény, hogy a radialis pulsushoz viszonyítva az értágulat systoléja egyáltalában nem mutat nagyobb késést, mint a milyen ép szívcsücslökés és pulsus emelkedés közt jelen van (sőt ellenőrző felvételeinknél ép egyénnél hosszabb közbeeső időt találtunk). Ha ugyanis pitvartágulattal lenne dolgunk, úgy a görbe systoléja a pitvar systoléját jelentené, a mi a kamarát megelőzi s így közte s a pulsus közt tetemes idővesztésnek kellene lenni.

c) Végül biztossággal el lehetne dönteni e kérdést, ha tudnók, vajjon vénás vagy arteriás volt-e az a vér, a melyet a próbaecapolásnál nyertünk. Az előbbi természetesen a szív (jobb pitvar)-aneurysmát bizonyítaná, az utóbbi az aortát. Ugy magam, mint a segédkezők élénk pirosnak, verőeresnek vélték e vért, sajnos, hogy ninesen módszerünk, a melylyel a vér egyik, vagy másik eredetét klinikailag könnyen lehetne megállapítani.

Mindezek alapján esetünkben az aorta felhágó részéből, és pedig közel az aortabillentyűk felett keletkezett zsákszerű aneurysmát veszünk fel, a mely kiindulva az aorta jobbra s előre néző falából lefelé süllyedt, főleg azért, mert már korán felső részében összenőtt a mellkas falával, mint azt a vizsgálat a tompulat felső határát illetőleg már első észlelésünk alkalmával kimutatta. Így egyik részében megakasztva lévén, további növekedésében lefelé kényszerül s e mellett a szívet befelé — hátrafelé — tolja. A szívnek a tüdők által való elfödésében csak kis részt tulajdoníthatunk a tüdők csekély fokú tájulásának, a mi feltűnő módon a fent ismertetett esetekben is jelen volt.

## Közlemény a budapesti kir. m. tud. egyetem II-dik belklinikájáról (Kétli Károly tanár).

### A ferratinról.

Dieballa Géza dr., tanársegéd.

(Folytatás.)

6. Sz. Béla, 10<sup>1</sup>/<sub>2</sub> éves, tanuló. Diagnosis: *chlorosis*. Pár hó óta sápadt, gyorsan kifárad, szívdobogásai vannak, étvágytalan, időnkint orra vérzik. Status praesens 1894. december 21-dikén. Gyengén fejlett, közepesen táplált. Igen halvány, ajkak fehéresek. Tüdő ép. Szívtompulat rendes nagyságú, pulmon. felett erősebb, aorta felett gyenge systolikus zöreje. A vena jugul. bulbosa felett élénk dorombzöreje, mely surranás alakjában tapintható is.

Datum	Haemoglobin	Vörös vér-sejtek száma	Fehér vér-sejtek száma	Vértájsúly	Therapia	Megjegyzés
Decz. 21.	60	4.240,000	7700	1054	Naponként 1.5 gm. ferratin. Ugyanaz.	Ambulans beteg.
" 29.	70	4.720,000	7200	1054	"	—
Jan. 5.	75	4.240,000	7300	1054	"	—
" 13.	78	4.680,000	9400	1055	"	—
" 20.	75	4.000,000	9700	1056	"	—
" 27.	75	4.280,000	7000	1055	"	—
Febr. 5.	82	4.600,000	9000	1058	"	—

A kezelés végén egészen jól érzi magát, igen jó étvágyal eszik, szív és visszérzöreje eltűntek, arcszín még kissé sápadt.

7. P. Teréz, 20 éves hajadon. Diagnosis: *chlorosis*. Időnként szédül, sápadt; havi baját 2 év előtt kapta meg, egy hétig tartott, de azóta csak egyszer, 4 hó előtt jelentkezett. Status praesens 1894. december 15-dikén. Jól fejlett s táplált. Ajkak s szem környéke igen sápadt. Tüdő, szív, hasüri szervek épek.

Datum	Haemoglobin	Vörös vér-sejtek száma	Fehér vér-sejtek száma	Therapia	Megjegyzés
Decz. 14.	70	4.040,000	8680	Naponként 2 gm. ferratin.	Ambulans beteg.
" 24.	78	5.760,000	9400	Ugyanaz.	—

Állapota lényegesen nem változott.

8. Sch. Elise, 28 éves, ápolónő. Diagnosis: *chlorosis*. 20 éves kora óta gyakran szédül, fejfájásai vannak, időnként igen elgyengül és sápadt. Status praesens. Jól fejlett és táplált. Sápadt arcszínű, ajkai igen halványok. Tüdő, szív, hasüri szervek épek.

Datum	Haemoglobin	Vörös vér-sejtek száma	Fehér vér-sejtek száma	Therapia	Megjegyzés
Decz. 9.	72	4.230,000	5600	Naponként 2 gm. ferratin.	Eddigi terhes foglalkozását folytatja.
" 16.	85	4.800,000	7500	Ugyanaz.	—
" 23.	80	4.080,000	4700	"	—
" 30.	75	4.416,000	6500	"	—
Jan. 5.	78	4.272,000	7500	"	—
" 15.	75	4.360,000	6000	Naponként 3 gm. ferratin.	—
" 23.	76	4.160,000	8000	Ugyanaz.	—
Febr. 1.	80	4.200,000	10,900	"	—

A ferratin szedése óta kevesebbet szédül, fejfájásai megszüntek; az arc sápadtsága nem változott.

9. H. Erzsé, 23 éves, varrónő. Diagnosis: *chlorosis*. 16-dik évétől kezdve, mióta havi baját megkapta, gyakran sápadt, szédül, étvágytalan, szívdobogásai vannak, havibaja gyakran

<sup>1</sup> Bulletins de la Société anatomique 1885. 207. 1.



hónapokra is kimarad. Két év óta jobb kézesuklója fájdalmas, időnként megdagad, s ilyenkor jobb kezét használni nem tudja. *Status praesens.* 1894. december 14-dikén. Jól fejlett s elég jól táplált. Igen halvány, nyálkahártyák halványfehéresek. Tüdő, szív épek. Jobb kéz ujjai behajlított helyzetben vannak, a középső ujjhoz futó közös ujjhajlító ina duzzadt, tenyéren mogorónyi daganat.

Datum	Haemoglobin	Vörös vér-sejtek száma	Fehér vér-sejtek száma	Testsúly kgm.-okban	Therapia
Decz. 15.	70	4.960,000	4600	55	Naponként 2 gm. ferratin.
" 23.	73	5.680,000	7000	56	
" 30.	83	5.680,000	6800	56 2	
Jan. 5.	85	4.952,000	7000	57	Január 7-én ferratin kihagyatik. *) A ferratint újból szedi.
" 14.	68	5.624,000	6700	55	
" 23.	82	5.800,000	11,000	55	

\*) Január 10. Tendovaginitis műtét chloroform-narkosisban.

A betegnek a ferratin szedése közben többször voltak intensív gyomorfájdalmak és hasmenése, jöllehet ezek olyankor is jelentkeztek, midőn a ferratint nem szedte. A természetes arcszín visszatért, fejfájása ritkábban van. Egészen tetemesen jobban érzi magát.

10. L. Ferencz, 19 éves, egyet. hallgató. *Diagnosis: pleuritis exsudativa; anaemia.* Tíz nap óta bal mellkas felében szúrást érez, lázas, feje fáj. *Status praesens.* 1894. november 20-dikén. Jól fejlett s táplált. Arcszín üde. Bal mellkas fél felett mellől, úgy mint hátul a 3-dik bordától lefelé tompa a kopogtatási hang. Szív, hasi szervek épek. Próba punctio a bal mellkas félből tiszta sárgás savót eredményezett. November 21-dikén, s 28-dikán 1—1 liter savó távolítottatott el mellkasából; ez alatt a beteg lázas, 38°2—38°8° C. hőemelkedések, mindinkább sápadt lesz. Köpet kevés, Koch-féle tuberc. bacillus többszöri vizsgálatra sem mutatható ki benne.

Datum	Haemoglobin	Vörös vér-sejtek száma	Fehér vér-sejtek száma	Therapia	Megjegyzés
Nov. 21.	90	4.800,000	5780	—	A pleuritis kezdetén.
Decz. 4.	70	4.880,000	4080	—	
" 13.	70	4.520,000	3480	Naponként 2 gm. ferratin.	—
" 23.	85	5.376,000	4300	Ugyanaz.	—
" 30.	75	4.752,000	4600	"	—
Jan. 6.	75	5.700,000	8700	"	—
" 17.	80	4.640,000	4900	"	—
" 27.	80	4.640,000	5700	"	—

A ferratin szedése óta fokozott étvágygyal eszik, színét gyorsan visszanyeri. Délutánonként mindvégig vannak kisebb hőemelkedései, baloldalában mérsékelt fájdalmat érez.

11. B. Anna, 23 éves, zenész neje. *Diagnosis: chlorosis.* 18 éves kora óta 5-ször szült. Két év óta gyengül, sápadt, szívdobogásai vannak, erősen szédül, étvágya nincs. 12-dik évétől kezdve rendes időközökben menstruál. *Status praesens.* Jól fejlett, mérsékeltén táplált. Arcszín igen halvány, mellkasi s havi szervek normalisak.

Datum	Haemoglobin	Vörös vér-sejtek száma	Fehér vér-sejtek száma	Therapia	Megjegyzés
Decz. 20.	70	3.700,000	4000	Naponként 2 gm. ferratin.	Ambulans beteg.
" 31.	80	4.170,000	5700	Ugyanaz.	
Jan. 9.	76	5.040,000	4000	"	Január 1—5-ig tartó menstruatio.
" 18.	78	4.840,000	4500	Naponként 3 gm. ferratin.	
" 30.	80	4.320,000	4700	Ugyanaz.	—

Étvágy gyorsan helyreáll, fejfájás és szédülés lassabban engednek; a kezelés befejeztével igen jól néz ki, s szívdobogásaitól eltekintve egészen jól érzi magát.

12. K. Lujza, 35 éves, kereskedő neje. *Diagnosis: phthisis pulmonum.* 10 év óta köhög, időnként véreset köp; 3 hónap óta lázas, melle igen fáj, éjjel erősen izzad, soványodik, étvágyát egészen elvesztette. 14 éves kora óta rendesen menstruál. *Status praesens* 1894. november 14-dikén. Gyengén fejlett, erősen lesoványodott, rendkívül sápadt. Mindkét tüdőcsúcs infiltrált, felettük hörgei légzés, esengő szűrtyözöreg. Szív s hasi szervek épek. Köpetben sok Koch-féle tuberc. bacillus.

Datum	Haemoglobin	Vörös vér-sejtek száma	Fehér vér-sejtek száma	Therapia	Megjegyzés
Nov. 15.	75	3.760,000	7000	Naponként 2 gm. ferratin.	Esténként 38—38°8° C. hőemelkedések
" 23.	65	4.520,000	9600	Ugyanaz.	
" 31.	70	4.400,000	8400	"	Láztalan, éjjelenként nem izzad.
Decz. 11.	60	4.320,000	6080	"	Elhagyja a klinikát.
Jan. 10.	75	4.000,000	8300	"	

A ferratin szedés első napjaiban panaszkodott, hogy étvágya még jobban megromlott; az első hét végén már megjött étvágya, s azóta állandóan igen jó. December 11-dikén a teljesen változatlan objectív tünetek s erős köhögés daczára, elég jó erőbeli állapottal, javultan hagyja el a klinikát.

13. H. Mariska, 17 éves hajadon. *Diagnosis: chlorosis.* 4 hó óta szédül, feje fáj, étvágyát egészen elvesztette. Két év óta rendes időközökben menstruál, s azóta igen sápadt. *Status praesens.* 1895. január 10-dikén. Gyengén fejlett s táplált. Arcz s nyálkahártyák igen halványak. Tüdő ép, az egész szív felett tompa syst. hang hallható, szívtempulát rendes nagyságú. Jugularis interna felett élénk dorombzöreg. Hasi szervek épek.

Datum	Haemoglobin	Vörös vér-sejtek száma	Fehér vér-sejtek száma	Vértájsúly	Testsúly kgm.-okban	Therapia
Jan. 10.	48	3.152,000	7000	1043	42 8	Naponként 2 gm. ferratin. *) Ugyanaz.
" 17.	55	4.120,000	7200	1046	42 3	
" 23.	55	4.240,000	6800	1048	42 7	Naponként 3 gm. ferratin. Ugyanaz. **)
" 30.	60	4.760,000	9400	1048	43 7	
Febr. 7.	63	4.480,000	8100	1048	44	Naponként 3 gm. ferratin. Ugyanaz. **)
" 13.	68	4.640,000	10,000	1051	44 8	
" 17.	62	5.200,000	6800	1052	5 44 8	"
" 25.	85	5.360,000	10,400	1055	45	

\*) Január 13—15-ig rendes menstruatio. — \*\*) Február 11—17-ig bő menstruatio.

Az első hét végén étvágyát visszanyerte s azóta fokozatosan jobban érzi magát. A klinikát teljesen gyógyultan, igen jó színben hagyja el.

(Folytatása következik.)

## Homokóra-gyomorról egy operált eset kapcsán.

Közli *Ihrig Lajos dr.,* műtő.

(Vége.)

S hogy ismét tárgyamhoz visszatérjek, a gerincezes typus egész sorozatában a gyomor két rekeszes szerkezetét vagy annak tendenciáját megtaláljuk. Így a rágesálók egész osztályának épen a homokóra-alakú, vagyis egy szűkebb részlet által ketté osztott gyomor jellemző tulajdonsága, a kérődzők gyomor-szerkezete pedig e kettéosztáshoz még mindegyik részletében egy-egy rekeszszel járul, tehát négy osztatúvá válik és az osztálynak alapvonása. Még magasabb osztályokon már csak durvánosan vagy egyedül a gyomor szöveti szerkezetében jut



kifejezésre a kettéválasztás tendenciája, így a lónál pl. a gyomor emésztőmirigyes pylorikus részét éles vonal határolja a teljesen mirigy nélkül szűkölködő, cardialis része felől. És hogy emberen se hiányozzék ez az irányzat, tudjuk, hogy a gyomor pylorikus részén a nyálkahártya pepsin-mirigyekben hasonlítlanul gazdagabb. A természet épen a szükséglethez alkalmazkodott a különböző szervezetek felépítésében és ez a szervek módosulásának titka, valamint a fajok átalakulási elméletének második alaptétele (az első az öröklés). És ha most már ebből a szempontból ítéljük meg az ép gyomor homokóra-alakját, akkor lehetetlen elzárkóznunk azon valószínűség elől, hogy itt az atavismus egy példájával állunk szemben, abban az értelemben, hogy egy fokozatos állatsorozattal párhuzamos ébrényfejlődés utolsóelőtti fokát látjuk benne. Persze mértékadó fontosságú volna a kérdés eldöntésére egy megbízható adat a nyálkahártya mirigyszervezetéről a gyomor egész hossza mentén, miután mirigyek hiánya a cardia-részben a hasonlatot szöveti alapon is teljessé tenné. Sajnos, ez irányú vizsgálat az irodalomból közölt esetekben nem történt, a mienkben pedig nem volt arra mód; a mirigytartalomra vonatkozó két adat a közlekedő csatorna és környékének nyálkahártyájában mirigytestek szaporodásáról szól, határáról azonban nem, s így a fenti éles elkülönítésnek nem lehet argumentuma, de ha úgy tetszik, annak értelmében egy határzonát is jelezhet. Tudom, hogy az atavismus felvételével azon nagyobb táborral jutok ellenkezésbe, mely az eféle torzalakok keletkezésében egyedül a gátolt fejlődésnek tulajdonít szerepet, de nekem csak benyomás alapján van módomban megítélni a kérdést és csak a saját okoskodásomat reprodukálhatom, a nélkül, hogy annak súlyt tulajdonítanék, vagy helyesebb megoldás elől elzárkóznám. Sőt a gátolt fejlődésnek önként is concedálok annyit, hogy az alakeltérésben része, talán annak közvetetlen oka is lehet, de csak annyiban, a mennyiben ez a megfelelő állatfokozat fejlődési típusában fekszik, vagyis a mennyiben az ezt az alakot maga is ez úton hozza létre.

És most térjünk vissza a kérdés gyakorlati oldalához és nézzük, minő jelentősége van a rendellenességnek ebből a szempontból? Nincsen kizárva a lehetőség, hogy élőben tüneteket nem okozott és hullában megfigyelésre nem került; úgy a mi esetünk, valamint az irodalomból közöltek azonban elég nehéz jelenségek által váltak észrevehetőkké. Mindeme jelenségek azonban nem az alakeltérésre jellemzőek és nem is az által feltételezetteknek látszanak, hanem a vele kapcsolatos, mondjuk következményes, folyamat eredményei. Mint ilyen következményes folyamatot az esetek többségében a fekélyedést ismertük meg, s az emésztési zavarok egész sora erre látszik visszavezethetőnek. Fejtegetésünk során azt is törekedtünk bizonyítani, hogy a fekélyes folyamat a gyomor közepi befűződése, mint lumene felől kiugró lécz praedisponálnak tartható. És ennek valószínűsége még inkább megbizonyosodik, ha a szűkületet nem csupán közlekedési akadálnak tekintjük, hanem figyelemmel vagyunk genesisére és abból felvehető szöveti szerkezetére. Bármiképen jött légyen létre valamely ébrénykori befűződés, ha a szervezet háztartásában nincsen hivatása, működésének útjában áll, s mint az életműködésből kizárt szerkezet szövete ellenálló képességében esőkken, ha nem mint ilyet hozza már magával a fejlődési rendellenesség. Erre mutatna legalább a Rasmussen atrophikus gyűrűje e fajta gyomrokon, és minden további magyarázat nélkül érthető, hogy ez atrophikus, vagy mondjuk gyéribb edényszellet csökkent ellenállású gyűrű a gyomorsavnak fekélyképző hajlandóságához meg van adva a feltétel. Ehhez járul egy további körülmény, melyről, mint az emésztőmirigyek szaporulatáról a csatorna és környékének nyálkahártyáján, más helyütt szintén már megemlékeztünk. Egészen kétségtelen, hogy a fokozott gyomorsavkiválasztás a nyálkahártyát veszélyezteti emésztőképességével, vagyis fekélyképzéssel fenyeget, s elkerülhetetlennek látszik, hogy atrophikus vagy edényszegényebb falát megtámadja.

Ha ezek szerint fekélyes folyamatról vagy kimeneteiről hallunk az esetek többségében, ez nincsen ellenkezésben a congenitalis eredettel, sőt a hogy látszik, annak nagyon való-

színű következménye. A homokóra-gyomor kórképében tehát többnyire a gyomorfekély tünetei fognak előtérbe lépni, miután valószínűleg csak ennek fellépése okoz benne kórtünetet általában; ép úgy a kimenetel is a gyomorfekély veszélyeit rejti s prognózisában annak szerepe mérvadó.

A homokóra-gyomor alakjától is lehetnek azonban szövőd-mények feltételezettek. Ilyennek már egy példáját is találjuk a közölt irodalomban, mikor Saake a szűkület helyén a gyomortengelynek 90°-os megtöretését írja le. Hogy a közlekedő csatorna e fajta megtöretéséhez a feltételek már az alakban megvannak, nem szükséges fejtegetnem, valamint az is világos, hogy megtöretése lumene szűkítéséhez nem kis mértékben járul hozzá, sőt el is zárhatja útját. És ebben a rendellenesség egy immiens veszélyére mutattam rá, mely annyival nagyobb, mert a belső elzáródás szokásos képéből a bélsárhányás legalább is hiányozni fog, s felismerését hátráltatni fogja.

Ép úgy, a hogy a megtöretés, a csatorna tengelyének csavarodása is képzelhető, egészen a cystosus képletek nyeleinek mintájára, és mindazon veszélyeket rejti, melyeket a megtöretésről elmondottunk. Saake ugyanazon esetben a szűkület csavarodását is megfigyelte az izomzat és szálaglefutásban, de épen mert a szöveti szerkezetben volt csak felismerhető, a fejlődés nagyon korai szakából való keletű, és a ciklikus arra a gyanura csábítja, nem az ébrénykori csavarodás oka-e az alakeltérésnek általában. Ez mégis egy kissé merész feltevés és a fordított okozati összefüggés minden esetre valószínű. Az ő esetében e helyütt még egy kétes jelenségre szeretném a figyelmet felhívni. Saaket igen nagy zavarba ejti a cardia-részben szabadon talált carcinomás tömeg, melyet a szűkület egy fekélyes helyéről kalandos módokon lefűződöttnek tart. Ez a lefűződés csakugyan valószínű, de létrejöttének módja meg épen közel fekszik, ha a tengelytörésből resultáló nagyfokú megszükülést és ez által egy carcinomás polyp nyakára gyakorolt nyomást elképzeljük.

Ha az előzőkben a homokóra-gyomor néhány szövőd-ményére és veszélyére, valószínűséggel legalább, rá tudtam mutatni, teljesen tehetetlenül állok a symptomatologia kérdésével szemközt. Az ismertett esetek közül csak egyetlen egyben volt jelenléte élőben jelezve a két hypochondriumot elfoglaló, s egy közepi tompult csikkal elválasztott, dobos kopogtatási hang által, de felismeréséhez ez sem vezetett. A többiek, s köztük titokzatos makacságuknál fogva elég jól megfigyelték, jelenlétüknek élőben a legesekélyebb jelét sem adták. Nem mondom, hogy egy, megfelelő esetben felismerése az összes diagnosztikus segédeszközök igénybevétele mellett absolute nem volna lehetséges, de feleslegesnek tartom, hogy diagnózisára számára általános értékű ismertetőjeleket keressünk és szabályokat állítsunk fel, miután azok az előfordulás ritkaságánál fogva gyakorlati értékkel nem bírnak.

Hogy a gyökeres gyógyítás szükség esetén műtéti megoldásban áll, nem kell fejtegetnem, s hogy ez minden esetben tágas közlekedés teremtésében fog állani az emésztő csatorna folytatása felé, az is igen érthető. Mellékes azonban a dolog érdeme, hogy valaki mely részét az emésztő csatornának választja folytatásul, és mely módszert a közlekedés készítésére; az erre vonatkozó javatokat mindenkor az egyes eset adja meg.

És most szenteljünk a mi esetünkben végzett műtétnek is egy kis figyelmet. Azt hiszem, nem lehet véleményeltérés arra nézve, hogy a követett eljárás, ha úgy tetszik, a Mikulicz-féle, széles közlekedési út megnyitására a körülményekhez képest a leghelyesebb volt, s azért a feladat tulajdonképeni megoldása nem képezheti további megbeszélés tárgyát s felette minden indoklás nélkül napirendre térhetek. A mihez hozzászólni szeretnék, a műtét kezdetére és befejezésére vonatkozik. Tudjuk, hogy a műtét probalaparatomiaképen indult és láttuk, hogy az első metszés a középvonalban 20 cm.-nyi hosszúságban nyitotta meg a hasat. Öszintén szólva, ez a túlkapás meg-hökkentett, a hashártyát respektáló tanaink codexében ez a beavatkozás másképen van megírva s tapasztalatomban az egyesek respectusának nagyságát szinte centiméterekben tudnám kifejezni, melyek a hasnyitás nagyságát jelentik s amazzal fordított arányban állanak. A következő momentum azonban



nemesak hogy eloszlatta aggodalmait, de tetemesen módosította codifikált nézetemet. Ha eddig megszoktam, hogy a hasüregben való tájékozódás a készített szűk nyíláson keresztül jelentékeny nehézséget okoz és nagy jártasságot igényel a tapintás részéről, most meglepetéssel láttam, hogy a benne szabadon járó kéz két perezén belül nemesak a gyomor rendellenességét hozta napvilágra, hanem az epehólyagban köveket, az ovariumokban apró cystákat is felismert s e rövid kémszemle után a hasüri szervek képével tisztában volt. Ez a gyorsaság mégis csak tekintélyes előny nemesak a tájékozódásra nézve, hanem a respectálandó hashártyára is, mely rövid ideig a nagyobb beavatkozást jobban tűri, mint a kutatással járó hosszas insultust, a mely még kérdés, kisebb-e amannál. Hogy az erőszakos vongálás közben a kéznek tartós és ingerlő érintkezése az infectio veszélyét sokkal inkább beviheti, az meg épen igen valószínű. És csakugyan, ha már a hashártyát egyáltalában megnyitjuk áttekintés céljából, miért nem teszszük mindjárt olyan terjedelemben, a mint ezt a cél megkívánja? Hisz a hashártyát megnyitásokor maga a tény és nem mértéke veszélyeztet. Értem, ha valamely hasüri műtét szolgálatában álló laparotomia a sebzés nagyságát a műtét céljához méri, miután a nagyobb sebzés ez esetben a benne rejlő veszélyt észírtalanul növeli, de ha tájékozódás céljából ejtjük, az ennek rovására eső takarékoskodás valóban nem észszerű és azt a benyomást kelti, mintha kisebb nyíláson kevesebb fertőzést vélünk bevíhetőknek. S azért a nyírt benyomás hatása alatt azt az eljárást, mely probalaparotomiát nagy kiterjedésben végez és azután a szükség határáig rögtön zárja, feltétlenül helyesebbnek tartom az óvatosnál, mely kis nyílásokon által műtöt és hashártyát egyaránt meggyötör és nem ritkán apránként jut a tágitás ugyanazon fokához. Ezzel a felfogással ugyan az elfogadott gyakorlat rendszerével jutok ellenkezésbe, de a dolgok szigorú mérlegelése vezetett ide, melynek logikájában nem találok sophismát, hacsak a fertőzés tanában nincsen tévedés; és megnyugtatómra szolgál, hogy sebész-tekin-tély nyomán tévedtem, ha tévedtem.

A második, a mit szóvá szeretnék tenni, a műtét befejezését illeti. Láttuk, hogy a gyomorvarrat vonalát néhány ültés a fali hashártya sebrésében fixálta, mely hashártya különben e rés határáig varratok által teljesen záródott, s talán nem kerülte el a figyelmet az sem, hogy a hashártyáról a rés terjedelmében lefejtett bőr és izomréteg összevarratván, a hasfali sebzés nyílását egész terjedelmében zárta. A két momentumot megvilágításuk céljából egyelőre el kell választanunk s szóljunk először a gyomorvarrat sebzésben való fixálásáról. Célja nyilván a varrat extraperitonealis elhelyezése. Már egy multkorai cikkemben megjegyeztem, hogy *Langenbuch* a legjobb varratban sem látja tartósságának olyan biztosítékát, hogy elstílyesztését jogosultnak tartaná. Nem lehet tagadni, hogy ebben a bizalmatlanságban sok a jogosult — ha nem is egészen az —, miután a legszemlelmesebben kigondolt és legfárasztóbb gonddal gyakorolt varratmódok között még egy sem találkozott, mely gyakori alkalmazás közben egyszer-másszor cserben ne hagyott volna. S ha figyelembe vesszük, hogy ennek minden esetben egy emberélet az ára, akkor mérlegelhetjük csak teljes értéke szerint egy elhárítására irányuló törekvés horderejét. S ha már a varrat biztosításához járulni nem tudunk, akkor észszerű, hogy engedésének káros következményeit törekedjünk kizárni, a mi a veszélynek ugyanesak megkerülése, de mégis elkerülése. Ilyen kerülő úton éri el ezt a célt minden hasüri varratnak a hasfal sebzésébe való kivarrása, melylyel minden kétes falzatat nyitott kezelés számára biztosítani szokás, és eddig a *Langenbuch* eljárása is járt úton halad. Mindezen extraperitonealis ellátásnak azonban a biztosítás előnye mellett az a nagy hátránya van, hogy a bekövetkezett gyógyulás után elstílyesztés céljából második műtétet, tehát a hasüreg ismételt megnyitását teszi szükségessé, annak minden fáradságával és veszélyével. Ennek a körülménynek tulajdonítandó, ha a biztonság valószínűségét nyújtó minden esetben a varrat elstílyesztése uralkodó szokás és törekvés. De épen ennek a hátránnak az extraperitonealis ellátásban akarja ismét elejét venni a *Langenbuch* befejezésének második momentuma. A rés terje-

delmében, peritonealis alapjáról leválasztott, hasfalnak zárása által a műtét véglegesen befejezettnek tekinthető, a nélkül, hogy a peritonealis résbe kiszegett varratvonal ellátása extraperitonealis jellegéből veszítene. A különbség csak az, hogy varratkiszakadás esetén a kiömlő tartalom praeperitonealis kötőszövetet fertőz és hasfali tályoggal fog a felületre törni, vagy megnyitását követelni, sohasem veszélyeztet, azonban a hasüreg fertőzéssel és vészes következményeivel. Persze mindez a vonalas varratról igaz és megoldásban egyszerű; hogyan alkalmazzuk azonban a körkörös sokkal gyakoribb eseteiben? *Langenbuch* úgy oldja meg ezt a feladatot, hogy a hasüreg felé néző szabad részlet alá steril gaznak vékony csikját vezeti, minimális rést hagyva számára a hasfal zárása közben. Ez a csik szolgáljon gátul esetleges kiszakadás első következményei ellen, melyeket vésztíjósító tünetek esetén újabb műteti beavatkozás helyezne ártalmon kívül. Az eljárást *Langenbuch* a „Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins“ 1894. évi december hó 11-diki ülésén két gyomorresectio esete kapcsán kifejtette, s a „Deutsche med. Wochenschrift“ 52. számában ismertette. Hogy a hozzá fűzött követelménynek szükség esetén helyt áll-e, tapasztalatból nem tudom, de minden esetre több valószínűséget nyújt az ártalom érvényesítésének meggátlására, mint az elstílyesztés, melynél az teljesen hatalmunkon kívül áll. Kérdés, ez az előny arányban áll-e az eljárás hátrányaival, ha ilyenek vannak? Mikor emberéletéről van szó, ez a kérdés ugyan kissé cynikusan hangzik, de mérlegelése a következmények szempontjából még sem közömbös, mint látni fogjuk. Mi történik gyógyulás esetén? A bőr és izomfalzat normalisan zárult rétegei alatt a varrott szerv a fali peritoneum résébe tapadva, szervesen fixálódik. Ebben kétféle veszedelem forrását gyaníthatjuk. Először is kérdés, nincse-e megadva általa hasfali hernia keletkezéséhez a dispositio? Létrejöttének feltétele, tudjuk, valamely praeformált hasfali rés, és vajjon a peritoneumé nem ilyennek tekintendő? Csakhogy ama résben maga az elzáró szerv diaphragmaképpen szerepel, és hernia keletkezésének egyenesen akadálya, a hasfal többi része pedig normalisan záródott és rendes ellenállását érvényesíti a hasüri nyomás ellen. Sőt *Langenbuch* annyira megy, hogy gyange hasfal mellett az eljárást egyenesen hernia-keletkezés meggátlására tartja alkalmasnak. A tapasztalat fogja igazolni vagy megdönteni az okoskodást, jelenleg még csak logikai következtetésre támaszkodik.

A második kérdés, nem származhatik-e fixálás által valamely hátránya a mozgásban gátolt szervnek? avagy fordítva, mozgás közben a fixatio vongálása által baja? *Langenbuch* úgy a jelen, mint korábbi néhány esetében nem tapasztalt kellemetlenséget ez oldalról, de e kis számú tapasztalat nem döntheti el a kérdést. De elméletben sem látszik ez a veszedelem valami magasra beestíltetőnek, elvégre is egy ventrofixatio az egész, melyet körülírt peritoneitis minden káros következmény nélkül gyakran létesít a beleken. Sőt ha a fokozott mozgás által származható bajokat is figyelembe vesszük, még talán előnyt is tudunk a fixálás számára kierőszakolni.

Mindent egybevetve, a bekövetkező hátrányok, ha concedáljuk is, olyan elenyészőek, hogy azt az előnyt, melyet fokozott biztonságával nyújt, józanul nem szabad azoknak feláldoznunk. És azért nagyon kíváncsún tartanám, ha az eljárást a gyakorlat kipróbálná, úgy észszerű fogalmazása, mint a cél megérdemelné, s a tapasztalat ítéletet fog felette mondani.

Soraimat *Langenbuch* tanár úrnak a közlési engedélyért mondott szívélyes köszönetemmel zárom.

Berlin, 1895. január 31-dikén.

## Közlemény az egyetemi II. belklinikáról.

### A mai serumtherapia lényegéről.<sup>1</sup>

*Jendrassik Ernő* dr., egyetemi tanártól.

Hosszabb idő óta foglalkozva a fertőző betegségek sajátlagos gyógyításának alapelveivel: rövid összefoglalásban kívánom ismer-

<sup>1</sup> Előadta a belorvosok müncheni congressusán 1895. április 3-dikán.



tetni azon álláspontot, a melyre tanulmányaim s az eddigi észleletek vezettek. A közlésre főleg azon körülmény indít, hogy véleményem lényegében eltér a jelenleg leginkább képviselt nézettől. Bennem ugyanis mind a klinikai észleletek, mind a kísérleti adatok azon meggyőződést támasztották, hogy az immunizáló tényező és a gyógyító tényező nem egy és ugyanaz.

A klinikai tapasztalat kimutatja, hogy egyes emberek igen könnyen esnek fertőző bajba, s egymás után állják ki a ragadós betegségeket, sőt különben mentességet adó bántalmakban is többször megbetegednek. Ez a nagyfokú morbiditás bizonyára a csekély természetes immunitásnak jele és mégis épen ezen esetekben még a súlyosabb kóralakok is általában enyhén folynak le; míg más egyének évek hosszú során át egészségesek maradnak, jóllehet nem kerül ki a fertőzés lehetőségét, a míg azonban egyszer mégis megbetegedve, még a legerőteljesebb testalkotás mellett is a fertőzésnek áldozatul esnek. Az első esetben hiányzott a természetes mentesség, míg a gyógyulási képesség (bármit is értünk e kifejezés alatt) minden alkalommal jól kifejlődött; a második esetben ellenben az immunitás igen jelentékenyen látszik hiányzó gyógyulási tendencia mellett. A mai serumtherapia azonban nem azonosítható a természetes mentességgel, habár ezen utóbbi is nem egy esetben sajátlagosnak s átöröklöttnak látszik s az öröklés nem csekély hasonlatossággal bír a serumtherapiához.

De vessünk egy pillantást az egyes fertőző bajokra, bizonyos oldalról tekintve négy csoportba oszthatjuk azokat, a mely csoportok ezen kérdés szempontjából igen tanulságosak. Ime: 1. Fertőző bajok, a melyek sem mentességet nem adnak, sem gyógyító erőt nem nyújtanak: pl. a tuberkulózis, a malária stb., 2. fertőző bajok, a melyek mind mentesítenek, mind gyógyítanak is: a hasi tifusz, a heveny fertőző kiütések stb., 3. fertőző bajok, a melyek magukban gyógyulnak, de épenséggel nem, vagy alig mentesítenek: pneumonia, orbáncz. 4. fertőző bajok, a melyek immunitást adnak ugyan, de nem gyógyulást: syphilis, veszettség. Nem akarom állítani, hogy az e példákban felhozott betegségek némelyike épen nem birna a látszólag hiányzó tényezőtől is némi keveset, de mégis, úgy vélem, ezen sajátságoknak nagyon kifejezett különbözősége igen bizonyítja a mentesség és gyógyulás különböző alapokat.

Ezen két tényező különbözősége még az időbeli össze nem esés által is bizonyítható, a mint azt egyes betegségeknél alkalmunk nyílik észlelhetni. Így látjuk a syphilisnél a legteljesebb immunitás mellett a leghevesebb kitérését a folyamatnak, tehát egy ugyanazon időben a gyógyulási hajlandóság teljes hiányát a mentesség legnagyobb fokával. Továbbá észlelhetjük a hasi hagymáznál, a mely betegség kétségen kívül egyike a leginkább mentességet adóknak, hogy a láz megszűnte után, tehát a bekövetkezett gyógyulás idejében még elég gyakran áll be visszaesés és pedig sokszor a legsúlyosabb alakban, így tehát fel kell venni, hogy a mentesség nem a bántalom ideje alatt fejlődik ki, hanem csak a kórfolyamat teljes lezajlása után. Hogy a fellábadásnak ezen időszaka alatt még valami lényeges alakulás megy végbe a szervezetben, azt azon utóbajok bizonyítják, a melyek az idegrendszerben, a vesékben, sőt más szervekben is, látszólag teljes jóllét közepette napokkal vagy hetekkel a hőmérsék letszállása után beállani szoktak. Ezen tényekkel teljes összhangzásban mutatják az állatokon végzett mester-séges mentesítési kísérletek, hogy a vérserum immunizáló képessége lassanként fejlődik ki, s a mint azt *Behring* tanulságos tetanus kísérleteiből ismerjük, közvetlenül a toxin beadása után a vérserum mentesítő képessége pár napig csökken s csak hosszabb idővel a toxin befecskendése után emelkedik jelentékenyen. Még nem tekinthető eldöntöttnek, hogy a toxin-hatástalanító és az immunizáló anyag egy és ugyanaz-e, de annyi bizonyos, hogy mindkettő a toxin behatása alatt keletkezik az állati szervezetben s azután a vérserumban marad, egyes betegségek után az egész életen keresztül, másoknál csak hosszabb-rövidebb ideig. A gyógyító tényező azonban — még ugyan nem tudjuk, hogy milyen természetű alakban — csak rövid ideig, csupán a betegség tartása alatt van a szervezetben: a recidivák ugyanis épen úgy, vagy alig könnyebben folynak le az első betegségnél.

Már most a legnagyobb fontosságú kérdés az, hogy vajon az antitoxin neve alatt *Behring* geniális módszere szerint készített vérserum gyógyító és mentesítő hatással bír-e vagy csak egyikével

a kettő közül? A tetanus-antitoxin már alig felfogható kis mennyiségben megvédi a szervezetet és pedig teljes biztossággal a halálos infectio (vagy mérgezés) ellen, míg a 100-, sőt 1000-szerese hatás-talannak tűnik a már kitört bántalom ellen s mint orvosság nem használható. Ezen esetben tehát csak immunizálásról lehet beszélni és mégis, magára hagyatva elég nagyrésze a tetanusban megbetegedett embereknek gyógyul meg, még e kórfolyamat súlyos alakjából is, tehát okvetetlenül kell, hogy a szervezetben valami gyógyító tényező keletkezzék, a mit azonban sajnosan nélkülözünk az antitoxinban. Ugyanezt vélem a difteria antitoxinjáról is. Erre vonatkozó állatkísérleteimből teljes összhangzásban *Behring* és *Roux*-val kitűnt a valóban csekély adagoknak is biztosan immunizáló képessége, ha az adag pár órával a fertőzés előtt adatott, míg ezen adag százszorosa is annál kevésbé képes a halálos lefolyást megváltoztatni, minél több óra telt el a hathatós tenyészet befecskendése után, s 12 óra múlva már csak ritkán sikerül a halál elhárítása. Hangsúlyoznom kell még, hogy a mennyire az állatkísérletek mutatják, a kitört betegség lefolyása sem időbelileg, sem más tekintetben nem változott meg, már pedig méltán lehetne várni, hogy diphtheria-antitoxinnal kezelt állatok hosszabb ideig maradjanak életben, ha ezen esetekben ugyan elégtelen, de mégis gyógyító befolyást gondolnánk felvehetni.

A klinikai észleletek azonban tanúsítják, hogy a difteria mortalitása lényegesen javult ez új kezelési mód behozatala óta. Részemről ezen kedvező befolyást csak azon felvétel alapján vélem értelmezhetőnek, hogy ezen betegségnél, még a már kitört kórfolyamatnál is, legalább egy bizonyos időpontig, a mely a baktériumok virulentiája, s talán a személyes természetes immunitás mértéke szerint is különböző, még mentesítés lehetséges és hasznos, ha azonban ezen időszak letelt: úgy a bántalom további lefolyásában már változás semmi tekintetben sem áll be. A *Pasteur*-féle veszettség ellenes oltásnál az ismert lappangási időszak alatt iparkodunk a mentességet létrehozni, a mi igen sokszor eredményel jár, a tetanusnál mindig későn jövünk, mert a már kitört betegség ellen nem sikerül a mentesítés, a difteriánál ellenben még mintegy felében az eseteknek úgy látszik elég korán érkezünk s ezáltal a halálozási arányszám mintegy felére a réginek csökkent le.

Mindezek után pedig legközelebbi feladatunknak vélem a gyógyító tényező kifürkészését, a minek sikerülte, tekintve a bakteriologia terén történő valóban fényes haladásra, nem látszik hiú reménységnek.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

### Budapesti kir. orvosegyesület.

(XI. rendes ülés 1895. április 6-dikán.)

Elnök: *Pertik Ottó*; jegyző: *Temesváry Rezső*.

#### A) Betegbemutatók.

A hallószervnek tanítási célra készített gipszöntvénye, eredeti praeparatuma bemutatása mellett.

**Tomka Samu.** A hallószervnek gipszöntvényét mutatja be, melyet praeparatuma után készített. Arról győződött ugyanis meg, hogy az iskolai előadások könnyebb megérthetősére hiányzik oly segédeszköz, mely szemléleti úton tünteti fel a hallószerv szerkezetét. Hogy ennek elérésére némi szolgálatot tegyen, ez öntvények készítésére gondolt. És tényleg a fővárosi iskola igazgatók is, kiknek ez öntvényt bemutatta, mint igen használható taneszközt ismerték el.

*Politzer* jeles bécsi tanára és főnöke különös előszeretettel ápolta a plastikus készítményeket, a melyek valóban könnyebben megérthetővé teszik az előadottakat és kiegészítik a legszebb leírást is, vagy a többé-kevésbé jó rajzokat.

Hangsúlyozza, hogy a fülnek nem finom boncztanára akar reflektálni, melynek ismerete komplikált szervezete miatt csak éveken át való bonczolás és számos praeparatum készítése által sajátítható el, hanem csak segédeszközt akar az előadáshoz nyújtani és azt akarja elérni, hogy a minden tekintetben fontos hallószerv ismerete ne legyen a többi orvostudomány ágak közt annyira terra incognita és hogy legalább nagyjában fontosabb részei annyira ismertek legyenek, mint más szerveké.

Vannak ugyan papírmaché készítmények, de ezek részint nagy áruk miatt hozzáférhetlenek, részint pedig túlságosan nagyok és annyira részletesek, hogy azokat csak az anatomus vagy a fülspecialista ismerhetné és használhatná.



Végül néhány eredeti praeparatumot mutat be gyűjteményéből:

1. a dobhártya hallóesontoeskákával;
2. a tömkeleg; esontpraeparatumok, celluloidin és stearin corrosiók;
3. hártvás ívjárat;
4. topographikus metszetek.

#### Golyvás adenomagöbök eltávolítása partialis strumaresectio útján.

**Osztermayer Miklós.** Bemutató a *Mikulicz-féle* strumaresectióból kiindulól, mely utóbbi eddig csak az egész golyvában elfajult pajzsmirigylebenyek eltávolítására használtatott, az eljárást esetében tisztán göbösen elfajult (foetalis adenoma) pajzsmirigy részletek kiirtására, mint partialis golyvaresectiót teljes eredménnyel alkalmazta és előnyös voltánál fogva a megfelelő esetekben a körülményes és elég gyakran igen erős vérzéssel járó enucleatio helyett ajánlja.

Előnyössége abban áll, hogy teljesen vértelenül, a legesekélyebb vérzés nélkül távolíthatjuk el az elfajult mirigyrészletet a pajzsmirigy gyurmájából. Azonban csak ott alkalmazható, hol peripherikus kellő kikészítés, isolatio után kocsányképzésre alkalmas göbösen elfajult mirigyrészletek vannak jelen, hol azután a kellőképpen kiszabadított dagrészt az ép mirigygyurma által képzett széles kocsány területén, erős, élére hajlított pince haemostatique-el lecsipetik, az utóbbi által a gyurmában szorított barázdában 2–3 részletben lekötetik, mire a dagrészt legálább 1 cm. hosszú csont hátrahagyása mellett lementetik.

A bemutatott leánynál egy körülbelül tyúktojás-nagyságú, a bal lebeny alsó felében elhelyezett cysta és az isthmusban, úgyisint a jobb lebeny alsó részében álló többszörös mogorónagyságú conglomerált csomók távolítottak el az említett módon. Néhány ligatura ellökődése után teljes gyógyulás következett be.

#### Blepharoplastika két gyógyult esete.

**Hj. Siklóssy Gyula.** Véletlen folytán alkalma nyílt a közelmúlt napokban két, a szemosztályon régebben műtött beteget viszontlátni. Hogy ez alkalmat mily indokolással siet felhasználni arra a célra, hogy az orosegyesületnek bemutassa, arról később fog megemlékezni.

Az egyik eset **Herbert Henrik**, ki 1893. december hó 30-dikán vétetett fel a szemosztályra. Bal szemhéját emelni nem tudja; a belső zúguból kiinduló, a külső felé nagybodó hegköteg foglalja el a szemhéj bőrének helyét. E fényes hegköteg kifelé erősbödik tartalmára nézve is, úgy hogy míg a belső felén a szemhéj csak megrövidültnek mondható, kívül annak bőre teljesen hiányzik. A külső felén egyes laza kötegek tartják össze a felső szemhéj szélét az alsóval, mint maradványai egy megkísérelt szemhéj összevarrásnak, mely az ectropion megszüntetését előzta. A külső felén a felső szemhéj területe, resp. hossz-átmérője 2½ mm.-t tett ki, méré a szemöldök alsó határától a szemhéjszélig. A conjunctiv-ból emellé nagyobb terület feküdt szabadon, vagyis volt egyszerűen vörösen belövelve, ectropionálva. A műtétet 1894. január 8-dikán hajtotta bemutató végre módosított *Fricke* szerint; a gyógyfolyás rendes volt; beteg 16 napra a műtét után távozott e fényképen látható állapotban.

A második eset: **Steiner László**, ki a felső szemhéj belső felének teljes hiányával lett felvéve 1894. szeptember 24-dikén. Akkor előadta, hogy 12 év előtt homlokát az asztal szélében megütötte; felső szemhéjának belső fele elgenyedt, s a 6 hétig tartó gyógyulás után szemhéjának belső fele ívalakban felhúzódtott és szaruhártyáját szabadon hagyta. A fennálló „keratitis a lagophthalmo“ gyógyulása után 1894. október 12-dikén végezte bemutató nála a műtétet azon módon, melyet a „Szemészet“ utolsó számában tett köz. Az eredményt október 31-dikén a közközhízi orvostársulatban mutatta be.

Mindkét esetben a felső szemhéj teljesen jól functionál, alakja megközelíti a rendesét, vonalas hegnél egyéb nem látszik, a torzulás jelentéktelen, úgyisint semmi. Az első esetben a halántéktáj bőréből lett véve nyeles lebeny, a 2-dik esetben a legkövetlenebb környezet vonatott segélyül az új szemhéjrész képléséhez. Ezek után néhány szót szól azon elvekről, melyeket a Rókus-kórház szemosztályán szemhéj-képléseknél követnek. Minden eljárás között, melyek anyaghiány fedésére használtattak, a legkisebb beavatkozásnak látszik a nyeletlen lebennyel való bőrátültetés. E gyűjtő fogalom alá sorolhatók úgy látszik az anaplasticának nevezett eljárások. *Reverdin* a test felületének nyulékony vékony bőrét ültette át kis darabokban felhám nélküli helyekre; azt tapasztalta, hogy a megtapadt részletek a további felhám képlésre mintegy termelő szigetekül voltak tekinthetők, megindították és befejezték az előbb renyhe hámtalan felület befödését. *Le Fort-Walfe* a bőrt minden rétegével vitték át kisebb darabokban a hámtalan területre. *Wecker* kisebb csíkokat alkalmazott bőrálatti kötőszövet nélkül. Ezen eljárás és a *Bock-Stellwag* által ajánlott között kevés az eltérés. *Thiersch* felhámreteget szel le és valami keveset a cutisból, míg *Eversbusch* csupán epithelt és a papillák hegyeit. Szólok szerint ez a legkisebb beavatkozás, és pedig nemcsak a sebészre nézve, de a pathologikus állapotra nézve is, mert azon nem ronthat. Ha valamely hámfosztott helyre epithel-lemezt viszünk vagy egyes kis bőrszigetek átültetésével akarunk hámképzést megindítani, feltéve, hogy a czelt nem ériük el, a lemez ott nem tapad meg; a régi állapot áll ott újra elő, ha oly helyre teszszük, hol heg volt, és ezáltal a helyzet nem javul, ott újra heg marad. Kisebb beavatkozás tehát mint a nyeles-lebenyképzés, mely néha órákon át tartó narcosist igényel, több vérvesztéssel jár, a műtőre nézve igen fáradtságos, a kóros állapotot pedig súlyosbíthatja, ha nem sikerülés esetén a környező ép bőrre szét hegesse válnék. Bár ez utóbb említett vesztély az általános sebézi elvek szem előtt tartása mellett számárányban meg sem határozhatólag csekélylyé torzult, mégis annak oka, hogy a szemészetben általában a nyeles lebenyt (vagy az eltolási módszert)

használják, vagyis, hogy iparkodnak a hiányzó bőrt olyan helyről venni, a honnan az a hiányba fordítható oly módon, hogy egyik végén legalább is a többi bőrrrel érintkezésben marad, annak oka, hogy bőrt általában táplált véredényekkel összefüggésben lévő körrel iparkodnak pótolni, abban rejlik, mert az anaplastica útján átvitt bőrdarabok vagy epithel-lemez rendkívül zsugorodik. Míg a nyeles lebennyel végzett műtétnél a lebeny 1/3-át, az anaplasticánál annak 1/5-ét kell a zsugorodásra számítani; vagyis 5-ször akkora lebenyt kell, resp. kellene készíteni mint a mekkora hámfedett területre szükség van. Ez adatot *Czermák* szolgáltatja, ki legújában megjelent műtéttanában az anaplastikus eljárást teljesen elveti, mint olyat, mely a szemhéjképlő műtétek sorában helyét meg nem állja. Hogyan képzelhető, hogy a szemhéjon lévő egy □-cm.-nyi hiányba 5 □-cm. *Thiersch*-lebenyt ültessék át, hiszen a hiányt, a helyét, hová a nyél nélküli lebenyt tennem kell, 5-ször akkorára kellene műleg készítenem. Hogy e hiánynak ily mesterséges nagybódó-tása nem célszerű, hogy továbbá az eljáráshoz ajánlott szemhéjszél összevarrás e tekintetben nem elégséges, azt nem kell külön hangsúlyozni. E mellett felelet nélkül marad a kérdés, mire ültetjük át a tarsust fedő bőrrészt határától a felső orbitális szél terjed, úgyisint tisztán lágyrészekben nyugszik; milyen más alapja van azon Th.-lebenynek, melyet nagy renyhe lábszárfelek fedésére alkalmaznak. Ilyen műtétek egész sorozatát látta szóló 1891. nyarán a szt. István-kórházban *Réczey* tanár osztályán általa végezni. Az ott látott rendkívül szép eredmény már akkor csábított arra, hogy e módszert a szemhéj plastikánál megkíséreltse. De egyetlen sebészeti munka vagy monographia, köztük *Kuzmik Pál* kimerítő dolgozata e tárgyról sem nyújtott elég garantiát arra, hogy az anaplastikus úton végzett blepharoplastica eredményt adhasson.

A szemosztályon régebben végzett ilyen műtétek szintén eredmény nélkül maradtak; hacsak eredménynek nem nevezzük olyan végállapotot, mikor a valódi szemhéjképlés eszközlésére az ezen úton nyert behegedt területet külön el kell távolítani. Célja volt szólónak e két gyógyult eset bemutatásával azt elérni, hogy a szakársakban az annyiszor kipróbált nyeles lebenyi blepharoplastikus módszerbe vetett hitet meggyengíteni ne engedje. Míg oly szemhéjakat vagyunk képesek készíteni valamely módon, addig ne lépünk oly műtői térre, honnan még gyógyult eset ki nem került.

#### B) Előadás.

##### A trachoma Magyarországon.

**Feuer Náthán.** (Ezen előadást „Szemészet“ mellékletünkben egész terjedelmében fogjuk közölni.)

Hozzászól:

**Csapodi István:** A szemészek nevében köszönetet mond előadónak azért, hogy a trachomajárványok hírével rajzolta, mely a napi sajtó alarmozó hírével szemben, melyek szerint Magyarországon milliókra rugna a trachomások száma, azt a megnyugtató tényt constálja, hogy az összes trachomások száma csak 30.000. Remélhető, hogy előbb-utóbb teljesen sikerülni fog a trachoma terjedésének gátat vetni. Érdekes a trachomás-gócok graphikus feltüntetése, de sajnálja szóló, hogy a horvát-szlavonországi trachomajárványokat előadó nem tüntette fel. Szükségesnek tartaná szóló, hogy a fővárosi iskolákban is történjenek ellenőrző szemvizsgálatok.

**Feuer Náthán:** A legutóbbi hygieniai congressus alkalmával a horvát-szlavon protomedicussal beszélt e tárgyról, de nem nagy előzenységet talált nála az iránt. Hogy Horvátországban is van trachoma, azt szóló biztosan tudja, mert Zágrábban négy évig működött és azalatt ott sok trachomást látott, de a tartományi kormány a trachoma elterjedéséről — úgy látszik — nem bír pontos adatokkal. A fővárosi iskolákban is megtörténnek az ellenőrző szemvizsgálatok, a melyeket itt, mint az egész országban, a tisztí orvosok végeznek; de kíváncs volt, ha — a mi könnyen kivihető — a fővárosban az ellenőrző szemvizsgálatokat specialis szemorvosok végeznék.

## IRODALOM-SZEMLE.

### I. Könyvismertetés.

**Az elmekortan gyakorlatilag fontos tételei tekintettel a közgazgatásra.** Gyakorló és tisztí orvosok számára. **Irtá Konrád Jenő** dr., a nagyszabeni orsz. tébolyda igazgató-főorvosa, a tisztí orvosi vizsgák orsz. bizottságának tagja. Budapest, 1895. Dobrovsky és Franke kiadása.

Az előtünk fekvő munka, miként azt a szerző tervbe vette, röviden és velősen tárgyalja mindazt, a mire az orvosnak a gyakorlatban szüksége van. Tartózkodik a theoriáktól, csakis azt és annyit említ fel helyenként, a mennyire a tisztí orvosi vizsgára készülőknek szükségük van. A mű 10 nyomott ívre terjed, 6 fejezetre van osztva és egy „Függelék“-kel ellátva s az egészet egy „Tartalomjegyzék“ zárja be.



Az első fejezetben, rövid bevezetés után, fel vannak könnyen érthető módon sorolva az érzés, gondolkodás és cselekvés zavarai.

A második fejezetben a szerző a kóroktani adatokkal, különösen a praedispositio és psychikus degenerációval foglalkozik. Ez utóbbi aetiologikus momentumokat a szerző különös figyelemben részesítette.

A harmadik fejezet „az általános diagnostikát” tárgyalja.

A negyedik fejezet az elmebórákok jellemzését és az első orvosi beavatkozások módját tartalmazza. Szerző az egyes kórképeket kikerekítve, röviden és világosan tárgyalja.

Az ötödik fejezet a betegvizsgálatot és a kórrajz-szerkesztést mutatja be igen részletesen, úgy hogy ennek nyomán a gyakorló orvos egész könnyen ejtheti meg a vizsgálatot.

A hatodik fejezet az elmebetegek elhelyezése körüli eljárást, az elmebetegekre vonatkozó egyes intézményeket, törvényeket és rendeleteket ismerteti.

A függelék végül a kórrajz és bizonyítvány formulákat mutatja.

Ezen rövid ismertetése a munkának bizonyítja, hogy a szerző művében mind arra súlyt fektetett, a mire az orvosnak a gyakorlatban szüksége van. Egyes kérdésekben pedig, különösen a mi a terheltséget és annak befolyását az egyes kórképekre illeti, a szerzőnek sikerült nemcsak a gyakorlat igényeinek megfelelni, de velük művének tudományos értéket is biztosítani. Általában véve a munka, melynek stílusa világos, szabatos és könnyen érthető, mély psychiatriai ismeretre, széleskörű olvasottságra és gazdag tapasztalatra vall.

N.

Les centres moteurs corticaux chez l'homme. Par I. M. Charcot et A. Pitres. Paris 1895. (Bibliothèque médicale Charcot-Debove.) Ára 3 frank 50.

Ezen 200 lapos kötet újabb kiadása a szerzők több év előtt megjelent közös munkálatának. Alapul a klinikai észlelet s a kórbonczolás szolgál s a szerzők a legszigorúbb kritikával elemezik az egyes eseteket. Tárgyalásuk első fejezete azon sértilekkel foglalkozik, a melyek az agyvelő kérgén, de a mozgató területeken kívül esnek s mozgás-bénulási tünetekkel nem jártak. Azután elemezik a hemiplegiákat kiterjedt agyvelőkérgi bántalmaknál, majd a monoplegiákat körülírt folyamatoknál. Az érzési zavarok külön fejezetben tárgyalvák, majd az epileptiformis rohamok összefüggése a kéregbajokkal s végül az ellenmondóknak látszó észleletek s a végső összefoglalás vannak ismertetve. A mű kiállítása igen díszes, számos ábrával ellátva, tartalmának kitűnő voltát a szerzők neve biztosítja.

—ss—

## II. Lapszemle.

### Belgyógyászat.

Néhány újabb gyógyszerrel és gyógymóddal végzett vizsgálatokról ad számot Ziemssen tanár. 1. A ferratin nagyon jó vaskészítmény, mely azonban a Schmiedeberg által ajánlott mennyiségben nem hat oly erősen, mint a Bland-féle labdacok vagy a liquor ferri albuminati Drees nagy adagai. 2. A strophantin sokkal egyenletesebb és kellemesebb hatású, mint a használatos strophantus-tinctura; adagja 1 milligramm kétszer naponként. 3. A salicylsavat, ha a gyomor nem tűrné, salicyl-kenőcs vagy salicylsavas natrium-esőre alakjában is lehet a szervezetbe juttatni. A salicyl-kenőcs összetétele a következő: Rp. Acidi salicylici 10·0; Olei terebinthinae 10·0; Lanolini 30·0; Ungu. paraffini 50·0. 4. A frissen kisajtott húsnedv sokkal előnyösebb, mint a különböző drága bel- és külföldi húsnedv-készítmények. A frissen kisajtott húsnedvből egy kevés cognac-kal és vaniliás cukorral nagyon jóízű fagyalt készíthető. (München. medic. Wochenschrift, 1894. 50. sz.)

Cholelithiasis gyógyítására Blum 5 észlelete alapján az olaj-esőréket ajánlja. Abból indul ki, hogy az oleum olivarum per os igen jó hatást fejt ki az epeköbetegségnél (Rosenberg). Az olaj-esőrék alkalmazása egészen Fleiner utasításai szerint történt, a ki constipatio s bizonyos vastagbélbajok kezelésére ajánlotta ezen esőréket. A beteg hátán fekszik, alápolczott medenczével; az olajat tartalmazó irrigator 1/2—1 meter magasságban akasztandó fel. Az olaj beeresztése után a beteg 5 perczre jobb oldalára fekszik.

Szerző legfinomabb oleum olivarum-ot vagy oleum sesami-t használt, 400—500 köbcentimetert pro clysmá, 30° C.-ra felmelegítve. A esőrék eleinte naponként adandók, 1—2 hét múlva 2 naponként, később 3 naponként vagy még ritkábban. Egy új kólikaroham prodromalis tüneteinek jelentkezésekor ismét gyakrabban végezendők az olaj-beöntések. (München. medic. Wochenschrift, 1895. 12. sz.)

### Sebészet.

A véres húgyról Guyon azt írja, hogy előidézésénél igen sok körülmény játszik közre. A húgyszervek egyes szakaszai u. i. igen gazdagok véresekben. A véres húgy előidézésére első sorban a traumát említi, mely különösen az idegen testek által idéztetik elő. A corpus alienum erős vérbőséget, gyuladást s felsebzést okoz. Ha a véres húgyot gyuladás okozza, nyugalomra nem igen szokott szünni, ha ellenben congestiv alapon fejlődik ki, a nyugalom befolyásolja. A daganatok azáltal keltenek vérzést, hogy az illető szervet állandóan congestióban tartják. A vérzés nagysága nincs arányban a daganat nagyságával, mert mint egyik esetben említi, egy kicsiny alig borsónyi papilloma oly erős vérhugyozást okozott, hogy a beteg belehalt. A haematuria gyógyításáról annyit említi, hogy a vérzéscsillapító belső szerelés semmit sem ér. A vérrögök eltávolítására csakis a kiszivattyúzás alkalmazandó. A nagyfokú vérzés akkor sem csillapul, ha az orvosszerek, melyeknek vérzéscsillapító hatása ismeretes, lokálisan alkalmaztatnak. A beteg életének megmentésére a hólyag feltárását ajánlja. (Annales des malad. des org. gen.-urin. 1893.)

Novotny dr.

Lágyéksérv társulva a húgyhólyag sérvével. Gyökeres műtét. Ezen címmel közöl egy esetet W. Rose tanár. A húgyhólyag sérve (eltekintve a cystocelenek nevezett állapotot) igen ritka alakja a protrusiónak. A londoni King's College Hospital-ban 1893. június hó 4-dikén 24 éves nő lett felvéve, kinek három év óta sérve volt. Három hét óta oly fájdalmas volt a sérve, úgy hogy a sérvköttöt el kellett hagynia. Kilencz hó óta vizelési zavarai voltak, néha 24 és 36 óráig nem vizelt, a midőn állítólag sérve nagyobb lett, vizelésnél ekkor fájdalma kisebb volt, ha erre nyomást gyakorolt. Vizsgálatnál a bal lágyéktájékon ovoid, egy hüvelyk hosszú és fél hüvelyk széles terimenagyobbodás található, mely a nagy ajk felé kiterjedt és néha tyúktójsányi lett, fekvésnél eltűnt, állásnál ismét létrejött. Narkosisban három hüvelyk hosszú metszés ejtetett a megfelelő tájékon s véletlenül azon pillanatban hanyván a beteg, a külső lágyékgűrűn át kis protrusio támadt, ez jól lefelé húzatván, a fascia róla el lett tolvá és bemetszés ejtetett meg, a midőn a fal a várnál vastagabb volt és néhány csepp vizelet folyt ki, bizonyítva a húgyhólyagba történt behatolást; a seb carbol-oldattal lemosatván, kétsoros catgut-varrattal elzárattott, melybe a mucosa be nem foglaltatott. E közben a második hányási rohamot kapva, előbbtől kifelé kis daganat nyomult elő, mely az omentum volt, ebből egy darab le lett kötve és levágva, a peritonealis zsák jól lehúzatván, alapján transfixio és lekötés után levágattott. Három mély varrat lett alkalmazva a parietal seben és a csatorna elzárattott, a külső seb drainezve lett. A hólyagba állandó catheter lett vezetve, melyen a vizelet folyton kicsepegethetett. A beteg gyorsan meggyógyult. (Referens éppen jelen volt ezen műtétnél. Rose, egyike a legjelesebb londoni sebészeknek, ugyanott működik a hol Lister, ő volt az első sebész ki a ganglion Gasseri kiirtását sikerrel végezte, hasadt szájjpad-operatiót ő végez legtöbbet a világon s pedig egyet tiz-tizenöt percz alatt, mint számos izben meggyőződhettem. Könyvet is írt a farkastorokról. (Lancet 1894. július 28.)

Baumgarten Samu dr.

### Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. Gümőkór eseteiben Maragliano tanár a következő összetételű porokat használtatja, melyekből naponként 4 veendő be évés közben: Rp. Calcii phosph., Mentholi aa 2·5; Natrii bicarbonici 2·0; Pulv. nucis vomicae, Ferri lactici aa 0·50. M. f. pulv. Div. in dos. Nr. X. (La médecine moderne, 1895. 18. sz.)

2. Helybeli érzéstelenítésre jól használható a következő összetételű folyadék spray alakjában: Rp. Mentholi 2·0; Chloroformii 20·0; Aether. sulfur. 30·0. Az érzéstelenítés 5 perczig tart. (The practitioner, 1895. február.)



## TÁR C Z A.

## A belorvosok XIII. congressusa Münchenben.

(1895. április 2-dikától 5-dikéig.)

A belorvosok ezidei congressusa egy évi szünet után (mivel a római nemzetközi congressussal összeesett volna) Münchenben értekezett. Már április elsején nagy számmal gyűlt össze ezen érdekes társaság, a melyben Németország kiváló klinikusainak többsége volt látható az ismerkedő estén a Luitpold külön termében, a hol a bajor nemzeti ital fogyasztása mellett régi ismeretségek megújítottak s újak kötöttek.

A megnyitás a tárgyalási időhöz mérve túlságosan hosszú hivatalos beszédek kapcsán április 2-dikán d. e. 1/2 10 órakor ment végbe, Lajos Ferdinand kir. herceg, miniszterek s más notabilitások jelenlétében, a kire még az állami életben csekély befolyású orvostudósoknak szüksége van. Első sorban a congressus elnöke *Ziemssen* tanár lépett a szószékhez s gondosan szerkesztett megnyitó beszédében megemlékezett a legutóbb lefolyt orvosi congressusokról: Róma, Budapest és Bécsben, s főleg az utóbbi két helyen tett nagyfontosságú nyilatkozatokról a difteria gyógyítása tárgyában. Általában a belorvostan ma inkább mint valaha foglalkozik a gyógyítás tökéletesítésével s a serumtherapiával, a szervek nedveinek gyógyító képessége s más új irányok még a kezdet kezdetén vannak ugyan, de már is alapos reménnyel kecsegtetnek a jövő haladásáért. Minden haladásnak alapját képezi a bűvárlat mai alapja: *rerum cognoscere causas*.

A nagy tetszéssel fogadott beszéddel a congressus megnyitottak jelentetett s Feilitzsch belügyminister a kormány nevében, Brunner polgármester München város részéről üdvözölte a congressust, a mi után *Baeyer* prorektor (chemikus) az egyetem nevében tartott köszöntő beszédében a „tisztá természettudomány” álláspontjából némi idegenkedéssel tekintett az orvosi tudomány mai alakulására s úgy látszott más irányt helyesebbnek vélne. A congressus azonban elég önbizalommal bírva, udvariasan megtapsolta ezen szónokot is.

Ezután tiszteletbeli elnökül *Ludwig Ferdinand* dr. kir. herceg, elnökökül pedig *Widerhofer* (Bécs), *Bollinger* (München), *Leyden* (Berlin) választottak meg. A királyi herceg nagy örömmel foglalta el helyét a többi elnök sorában.

Első tárgyal a diphtheria serumtherapiája volt kitűzve, a mely az első napot egészen s a második nap délutánját töltötte be. Referens *Heubner* berlini tanár volt, a ki a budapesti congressuson is már ezen tárgyról szólott. *Heubner* nagy alaposítással fejtegette a diphtheria eddigi alakulásait s lefolyását összehasonlítva a jelenlegivel azon eredményre jutott, hogy a diphtheria epidemia a serum-kezelés megkezdése idejében nem volt épen súlyos, de nem is valami szerfelett enyhe, körülbelül a 70-es években észleltnek felelt meg. Az 1894-dik évben a berlini kórházakból merített statistika szerint azon kórházakban s azon idő alatt, a midőn a serum használatban vala, a halandóság fele volt azon mortalitásnak, a mely a serum nélkül kezelteknél észleltetett. Mindkét számítás alapjául 1500—1500 eset szolgált. Azon ellenvetés, a mely szerint ezen javulás a könnyű eseteknek nagyobb számban való felvétele által éretett volna el, semmi esetre sem fogadható el általánosságban. Eddigél mintegy 3000 eset lett közölve 80% gyógyulással. Az esetek annál jobb kórjóslatot adnak, minél korábban kezdődik az orvoslás. Az esetek egy részében hiányzott a kedvező hatás. Visszaesés 1.6%-ban, utólagos bénulás 7.4%-ban észleltetett. Ezen csekély számú rossz kimeneteli észleléseiről azonban a szer hatástalanságát még bizonyítani nem lehet, ezzel szemben a kísérleti eredmények sokkal meggyőzőbb pozitív adatok. A serum bajt nem okozott s azon néhány feljegyzés, a mely ezen irányban vádolva a serumot az irodalomban megjelent, nem bizonyító, s másképp értelmezendő. Immunizálást 64 esetben eszközölt, ezek közül két gyermek 6 héttel később megbetegedett, s egy igen gyenge, idült tüdőgyulladásban szenvedő meg is halt. A lefolyás igen kedvezően látszik alakulni s ez is a szer jó hatását bizonyítja.

*Baginsky* (Berlin) (I. részben lapunk ez idei évf. 11. lapján is) esetei már 525-re rugnak. Ő *Aronson* anyagát használta, a mely kontrol kísérletek szerint még a höchsti II. számnál is haté-

konyabb. Halálozási arányszáma 15%, míg azelőtt 41.1%-ot tett ki. Érdekesekek az életkor szerint összeállított halálozási számok:

a	2.	évig	azelőtt	63	most	23
a	2—4	"	"	52	"	17
a	4—6	"	"	37	"	17
a	6—8	"	"	27	"	11
a	8—10	"	"	19	"	5
a	10—12	"	"	19	"	4.1
a	12—14	"	"	13	"	13

ezen adatokból úgy látszik, hogy a nagyobb gyermekeknél már nem elegendő a szokásos adat hatása. Igen feltűnő az általános közérzet javulása a 2—3. napon, továbbá a torokbeli folyamat gyors határolódása és visszafejlődése. A tracheotomia és intubatio előbbeni 64% halálozását 62% gyógyulás váltotta fel. *Baginsky* tehát a serumot hatásos szernek jelenti ki, s mellé a lokális kezelést is ezélszerűnek tartja s alkalmazza. (Ime példa reá, hogy a lokális kezelés abbahagyásának nem lehet betudni a jó hatást! Ref.)

*Widerhofer* (Bécs) szintén kedvező eredményekről referált. 300 betegnél 23.7% halálozás, sőt ha azokat, a kik az első 24 órában haltak meg s a kiknél a szernek nem lehetett elég ideje hatását kifejteni, levonta: 14.3%. A kezelés első idejében csak a súlyosoknak látszott eseteket gyógyították serummal (mert nem volt elég anyag) s ezen esetek is csupán 24% halálozást mutattak. 130 immunizált közül csak egy betegedett meg igen enyhén. Lelkes híve a serumnak.

A délután folytatott tárgyalásnál

*Bäumler* (Freiburg) jelenti, hogy *Körte* (Berlin) és *Hagenbach* (Basel) hasonló kedvező eredményekről referálnak írásban.

*Ranke* (München) szerint Münchenben azelőtt is, de most is csak súlyos diphtheria esetek vétetnek fel, a mihez hozzájárul, hogy esetei mind a megbetegedés 3-dik napján túl kerültek a kórházba. Ezzel a körülménnyel arányban erős adagokat használt, többet adott mint a Behring II. rendes adaga (1184 imm.egység). 124 esetből a halálozás 22.4%. Az esetek 80%-a streptococcusos vegyes diphtheria kulturát adott. Az operált esetek halandósága közvetlenül a serum-kezelés ideje előtt épen legrosszabb volt, 75.4%, s a serummal 30%-ra csökkent. A személyes benyomás is igen jó volt, a gége stenosis, a mely azelőtt csak igen ritkán szűnt meg, most 33.3%-ban gyógyult. A serum befeeszkendés után nem terjedt a processus.

*Kohts* (Strassburg) nem nagy lelkesedéssel szól az új szerről, de beismeri, hogy kevés s nem igen alkalmas beteganyaggal dolgozott. Szerinte is feltűnik a kedvező lokális hatás, de mortalitási arányszáma már volt kedvezőbb is régebbi években.

*Grawitz* (Berlin) a betegek vérért vizsgálta a serum befeeszkendése előtt és után, s úgy találta, hogy mintegy 5 órával később (akár egyszerű, akár immunizált lóserum volt alkalmazva) a vér felhígul.

*Seitz* (München) 140 esetet vizsgált (I. lapunk ez évfolyam a 23. lapján), főleg a melléktüneteket tanulmányozta s nemesak semmi káros hatást a serumtól nem látott, hanem még vegyes fertőzéseknel is feltűnően jó eredményeket észlelt.

*Stintzing* (Jéna) kevés esetet látott, 20% mortalitással, a mi némi javulást tüntet fel a régebbi észleleteivel szemben.

*Trumpp* (Grác) vizsgálatai kimutatták, hogy diphtheriás gyermekeknél még azon nyálkahártyákon is lehet virulens diphtheria-bacillust találni; a melyeken helybeli folyamat nem látszik.

*Rehn* (Frankfurt) mint gyakorló orvos a saját és kollegái nevében a magángyakorlatban is kedvező eredményeket látott. Kiemel egy esetet, a melyben olyan izületi folyamatot, a milyent jelenleg a szerzők némelyike a serummal vél összefüggésbe hozhatni, serum-kezelés nélkül is észlelt.

*Rauchfuss* (Szt.-Pétervár) daczára elég magas halálozási arányszámának mégis kedvezően nyilatkozik a serumról, miután mortalitása 21%-kal jobb mint a megelőző időben.

Április 3-dikán délután ugyanezen tárgy volt kitűzve. *Treupel* (Freiburg) állatokon végzett kísérletek alapján állítja a serum ártalmatlan voltát, s a carbolsavval kevert serum-befeeszkendése után úgy mint *Baginsky* ő sem tudott carbolt a vizeletben ki-



mutatni. Szerinte csak albumozok nyomai jelennek meg a vizeletben. (A meghatározási módszer nem látszik megbízhatónak. Ref.) *Jendrassik* felszólalását I. lapunk más helyén.

*Siebert* (Strassburg) a serum-befecskendések hatását a vizeletre vizsgálta; a vizelet sűrűbbnek és albumintartalmúnak látszott.

*Hahn* (München) az immunizáló serum mérge-ellenes hatásának kriteriuma gyanánt a bénulások ritkább voltát fogadná el s nagyobb statistikát óhajt ezen a téren.

*Mering* (Halle) 74 esete közül, amelyek a betegség kitérésének második napjától voltak serummal kezelve, csak 4 halt meg; s a régebbi 28% mortalitás 5%-ra súlyd; az utólagos bénulások azonban kissé gyakoribbaknak látszottak.

*Vierordt* (Heidelberg) figyelmeztet, hogy a serumtherapia megkezdésének idejében egyes szerzők más szerclések jó hatását is észlelték, míg más helyeken, pl. Strassburgban nem javult e bántalom lefolyása az új kezelés által sem. Mindazonáltal úgy az egyes klinikusok személyes benyomása, mint az experimentális adatok reményre jogosítanak, de ma még véglegesen ítélni nem lehet.

*Jaksch* (Prága) az albumozuriát nem tartja a serumtherapiával összefüggőnek, a befecskendések pedig ilyen albumozuriát nem okozhatnak. Prágában súlyosan Basedow-kóros nőnél (a ki diphtheriába esett) minden baj nélkül lehetett a serumbefecskendést alkalmazni. A carbolsavat a vizeletben még súlyos carbolmérgezésnél sem lehet mint ilyen kimutatni, mert az a kénsavval egyesül s ezért hiábavalók a vizsgálatok ezen irányban.

*Noorden* (Frankfurt) 81 betegnél 23% mortalitást észlelt a régebbi 45 helyett, bénulások 21%-ban fordultak elő 8 hirtelen halálos kimenettel. A bénulások gyakoribb előfordulása okát abban keresi, hogy most több gyermek marad életben, mint az előtt. Szerinte a serumtherapia az első idő veszedelmén segíti át a beteget a nélkül, hogy a későbbi bajokat elhárítaná.

Végül *Heubner* összegezte az eszméssere eredményét, a mely szerint: 1. a serum-befecskendés kellő óvatossággal szemmel tartása mellett veszedelmet magában nem rejt; 2. a serumtherapia megkezdése óta a halálozás a diphtheriában a felére szállott alá; 3. az immunizáló képességet illetőleg még nincsenek elégséges számban tapasztalataink.

Ezzel a serum-vita véget ért.

(Folytatása következik.)

*Jendrassik Ernő.*

## Német sebészeti iskola, irányok és elvek.

(Folytatás.)

*Hamburg* eppendorfi kórháza ez idő szerint Németországban, tudtommal, a legnagyobb szerű. A telep a város keleti villaterületén kívül, emelkedettebb síkon, különálló város benyomását kelti, hatalmas igazgatósági, orvosok és hivatalnokok lakásul szolgáló, különálló épületekkel, gépház, konyha, mosóház és raktárak épület csoportjával, és a barakkok, pavillonok megszámlálhatatlan sokaságával. A beteganyag zöme, mint 3. osztályú, az ismert padlófűtésű, mintaszerű barakkokon fekszik, 1. és 2. osztálynak az emeletes pavillonok egy és több ágyas külön szobáit foglalják el. Az egyes kórtermek fürdőszobáin kívül, a specális gyógyító-fürdők számára berendezett, külön fürdőház áll a terapia rendelkezésére. Páratlan pedig operáló háza három teljesen különálló, nagyszerű műtőtermével, és egy az egész osztály igényeire számított kötőszeggyárával. A munka méretei a kórháznak megfelelőek, csupán azon benyomástól lehetetlen megszabadulni, hogy egy kissé gyárisan folyik, a mint ez a tömegben való dolgozás természetében rejlik, s az egyes osztály nagysága az átnézet rovására esik. Hangsúlyozni szeretném azonban, hogy ezen 1000 ágyat megközelítő (precíz számot az orvosok sem adtak) beteganyag feldolgozása a szaporulattal lépést tart és a restanciák rendszere, meggyőződésem szerint, meghonosodva nincsen. Természetes egyszersmind, hogy ez óriás anyag az eseteknek rendkívül érdekes változatosságát nyújtja, valamint az sem szorul hangsúlyozásra, hogy *Schede* ismeretes operatív technikája a sebészet egész területét uralni képes.

Még néhány jelentékeny német egyetemnek, utazásom végére tervezett, látogatását későbbi ismertetés számára tartom fenn és a következőkben általános irányok és elvek megbeszélésére térek át.

Mindenekelőtt a klinikai személyzet, munkafelosztás és tanítás rendszeréről néhány szót, a mennyiben a mi viszonyainktól elütök. Ezzel egyszersmind az osztrák iskolákat kizártam, mint a melyek a mieinkkel nagyjában egyező elvi alapon állanak. A különbség csak az, hogy pl. munkában, az egyesek felfogása szerint, hol az instrumentálásra, hol a narkosisra, vagy a segédkezés más-más formájára esik a főszó, míg a tanításban az elmélet, a diagnostika, vagy a kivétel viszi az irányadó szerepet. Hogy a tanítás a bécsi iskolán a hallgatók nagy számánál fogva, az egyessel kevésbé foglalkozhatik, mint nálunk, az természetes és annak nagy hátránya, és csakis Albert rendkívül élénk szemléltető tanítás-modora képes szakadatlanul egész auditoriumot foglalkoztatni. A német rendszer jelentékenyebb részletekben itt el a mienktől. Első sorban szeretném kiemelni azon körülményt, mely talán a hadsereg praeponderans szerepére vezethető vissza, hogy úgy a vezető sebészek, mint a különböző katedrák segédsemményzete nagyrésztben a hadsereg orvoskarának hivatásszerű tagjai s így egyrészt az a természetellenes elkülönítés katona- és polgár orvos között nem létezik, másrészt és főképen a katona orvosi kar tudományos színvonala kétségtelenül emelkedik. És ez nem kicsinylendő szempont azon követelményeket tekintve, melyeket háború esetén a sebészi esetek kiszámíthatatlan formái az orvos ítélőképességéhez támasztani fognak. A munkafelosztásban az a kardinalis különbség (a nálunk divótól) érdemel említést, hogy poliklinikája (a mi ambulanciánk) az anyaintézetől nemcsak térben elkülönítve, de egyszersmind önálló vezetés alatt is áll, többnyire egy-egy docens, mint első tanársegéd kezére bízva. Úgy ez, mint a melléje beosztott segédsemményzet a klinikai munka alól teljesen fel van mentve, s ez időhöz és tekintetekhez nem kötött függetlenség nemcsak nagyobb lelkiismeretességet, de több ambíciót is biztosít az ügy számára. Talán a tanítás hátrányaképen volna felhozható, hogy a hallgató e rendszer mellett diagnostikai iskolát nem nyer klinikus korában. E kifogás azonban rögtön előnyére válik, mielőtt *Czerny*nek, a mult évben bőven kifejtett rendszere szerint a hallgatót, számához arányított csoportokban és időszakokban e poliklinikákra beosztják, s az egyes nemcsak a közvetlenség benyomása alatt nyeri tartósabb képeit, hanem az elemi sebészet és sebkezelésben némi gyakorlati jártasságot is szerez. És ezzel egyszersmind a tanítási módszer kérdéséhez is jutottam. S mivel *Czerny* említett rendszerét gyakorlatban sehol sem láttam, s ezzel előnye is elesik, mindjárt ítéletet is mondtam a praktikus képzést illetőleg. A hallgatóság általánosságban látottak és hallottak registrálására van utalva, az esetek önálló megfigyelése, tüneteik mérlegelése, mint a megemésztett elmélet gyakorlati feldolgozása, s az orvosi logika egyedüli iskolája, az egyetemi „hallgatás” keretén kívül esik. Legalább nem mondható valami elmeizmosító logikai gymnastikának az ú. n. praktizálás önmagában, a mint Bécsben divatos és nálunk sem ismeretlen, mikor félénként egyszer egy beteg megítélése képezi a hallgató feladatát, és tanára s a kárörvendő kollegák színe előtt normalis ítélőképességét is felemésztí a zavar. Ennek tulajdonítandó azután az a sok, anekdotába való, képtelen felelet, a milyenek e vallatás közben napvilágot látnak, s a mi rendszerünk előnyére legyen mondva, hogy hasonló tudatlanságra valókat otthon sohasem halottam. Kivételt ez irányban *Bramann* klinikáján tapasztaltam csupán, a ki viszont annyira viszi a nevelés intenzitását, hogy nemcsak luxatiók beigazítását és kisebb sebészi esetek ellátását bizza hallgatóira, hanem herniotomiát is végeztet velük helylyel-közzel saját assistentiája mellett. Ily fokú engedményt mégis túlságosnak talállok, s nem hiszem, hogy az ilyen, tudományos alapot nélkülöző, mechanikus operálás az ügynek szolgálatára váljon, inkább tudatlan vakmerőség keltésére alkalmas. A mondottak a sebészeti képzés viszonyaira vonatkoznak és elismerőleg szeretném kiemelni, hogy a szülészet és nőgyógyászat, a hogy általában példás viszonyok közt és nagy apparatussal dolgozik, a tanításban is a gyakorlati képzésnek a legmeszszebb mennő engedményeket teszi anyagán, természetesen kellő ellenőrzés mellett; valamint azt sem hagyhatom említés nélkül, hogy *Curschmann* belgyógyászati osztályán Lipésben minden hallgató, az észlelés végett neki kiosztott betegről, nemcsak részletes kórtörténetet nyújtani köteles, hanem ex- és secretumainak vegyi, mikroszkopikus és bakteriologiai vizsgálatát végezni kénytelen. Természetesen nincsen módomban foglalkozásom közben az egyetemi élet



viszonyaiba mélyebb bepillantást nyernem, mindamellett a mondotakban talán van némi tanulság; mindennekeftől pedig benyomásaim a mi budapesti hallgatóságunk színvonalának előnyére szólnak, bármennyire ellenkeznek azokkal a német alaposságról alkotott fogalmaink.

(Folytatása következik.)

Ihrig Lajos dr.

## Heti szemle.

Budapest, 1895. április 11-dikén.

— Budapest székes főváros közegészségi állapota 1895. évi január hóban. A székes főváros közegészségi állapota a múlt havhoz viszonyítva tekintve az általános halálozást nem változott, javult azonban heveny ragályos kórok tekintetében; míg ugyanis az előző hóban 1016 eset jelentetett be, e hóban csak 792. Apadt különösen a kanyaró, továbbá a ronsoló toroklob torokgyíkkal együtt, valamint a himlő (e hóban csak 4 eset fordult elő) kis mértékben a vörheny és hagymáz. Élve született e hóban 1764, meghalt katonák nélkül s az útról jött, s itt elhalt 95 egyén levonásával 1098, így a születési esetek 666 esettel múlták felül a halálozásokat. A heveny ragályos betegedések a következő arányban fordultak elő: hagymáz 19 eset, himlő 4 eset, állhimlő 1 eset, bárányhimlő 145 eset, vörheny 71 eset, kanyaró 341 eset, ronsoló toroklob és torokgyík 100 eset, trachoma 55 eset, hökhurut 20 eset, orbáncz 35 eset, gyermekági láz 6 eset, fültömirigylob 2 eset. Január hóban a főváros összes nyilvános és magánkórházaiban gyógykezeltetett 6884 fekvő és 7180 járóbeteg. Kerületi orvosok a f. év január havában gyógykezelték szegény beteget 2473, ezek közül fekvő beteg volt 706, járó beteg 1767, kórházba küldetett 134 egyén, vagyis az összes megbetegedések 1334-gyel múlták felül a múlt havit. Orvosrendőri bonczolás végeztetett 56, orvostörvényszéki 18 esetben. Öngyilkosság 10 esetben fordult elő és pedig: lövés 14, akasztás 4, mérgezés 1, egyéb módon 1. A kerületi orvosok által beoltatott 16, újraoltatott 201 egyén. Ebmarás volt 11 eset. Köztisztaság szempontból a csatornázatlan és közvetlen utczákat kivéve, tűrhető. A vízvezetési víz e hó folyamában kielégítő volt. A lelenez és dajkaságba adott gyermekekre nézve: szaporodás e hóban volt összesen 74, csökkenés 7. Beteg volt e hóban 12, meggyógyult 10, gyógykezeltetik 1, meghalt 1. Halálok volt: 1 hörglob. Az állategészségügy nem volt kedvezőtlen. Okleveleiket e hóban bemutatták: Rózsa Félix, Stein Adolf, Strausz Aladár, Wagner Károly, Lasca Rudolf, Dabasi Ödön, Sella József, Arady Károly, Wohl Lajos, Altmann Béla, Schön Elek egyet. orvostudorok, Popiel Dénes fogorvos és 7 szülész.

## Figyelmeztetés a m. orvosi társulat tagjaihoz.

A m. orvosi könyvkiadó társulat tisztelt tagjait ezennel értesítjük, hogy a „Belgyógyászat kézikönyve” második kötetének első része (29 iv szöveg, 1 színes, 2 autotyp táblával) megjelent és a társulat f. é. márczius hó 22-dikén tartott évi nagy gyűlésében készen be is mutattattott. A második kötetnek mintegy 14—16 ívre terjedő második része sajtó alatt van és f. é. május hóban elkészülni fog.

Mint hogy a társulat kiadványait a tagoknak bekötve küldi, az első kötetnél a korábban megjelent félkötetet fűzve küldtük szét, a második félkötethez pedig utólag bekötési táblát mellékelünk az egész kötet bekötésére. Ezen eljárás azonban a társulat tagjai egy részénél elégedetlenséget szült, a mennyiben az utólagos bekötés költséges és nem minden helyen eszközölhető; azonkívül pedig kétszeres postabérrel is terheli a tagokat. Ez okból czél-szerűbbnek látszott, ezentúl csak a teljes kötet megjelenése után a bekötést itt eszközölni és tagjainknak az egész kötetet bekötve megküldeni, mit is f. é. május hó végén megtehetni remélünk.

Budapest, 1895. április 11-dikén.

Koller Gyula dr., társ. első titkár.

## Vegyesek.

Budapest, 1895. április 12-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1895. márczius 24-diktől márczius 30-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 435 gyermek, elhalt 331 személy, a születések tehát 104 esettel múlták felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: erup 3, ronsoló toroklob 5, kanyaró 1, vörheny 4, himlő —, typhus abdominalis 1, gyermekági láz —, influenza 1, egyéb ragályos

betegségek 1, agykérlob 21, agyvérömleny 9, rángások 15, szervi szívba 13, tüdő-, mellhártya- s hörglob és hörgurut 76, tüdőgümő és sorvadás 64, bélhurut és béllob 17, carcinomata et neoplasmata alia 16, méhrák 4, Brigh-kór és veselő 8, angolkór 1, görvélykór —, vesezületett gyengeség és alkathiba 16, aszkór, aszály és sorvadás 1, aggkór 11, erőszakos haláletet 9. — A fővárosi közkörházakban ápolatott e hét elején 2465 beteg, szaporodás 819, csökkenés 844, maradt e hét végén ápolás alatt 2440. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1895. április 1-sejétől április 8-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 7 (meghalt 3), himlőben 3, bárányhimlőben 8, állhimlőben 3, vörhenyben 17 (meghalt —), kanyaróban 40 (meghalt —), ronsoló toroklobban 17 (meghalt 4), torokgyíkban 1 (meghalt —), trachomában 13, hökhuruthban 18, orbánczban 5, gyermekági lázban 2.

— r. A halli jodfürdő Felső-Ausztriában, mely már évek hosszú sora óta folyton fejlődő félben van, nagy bizalommal tekinthet a jövő évad elébe. Új jodforrások fúrása, melyeknek vize Ludwig E. tanár kijelentése szerint az Európában legerősebb Tassiló-forrást gyógyító hatású alkatrészei gazdaságában még felülmúlja, az orvosok, geológusok s érdekeltek betegnek figyelmét újra ezen régóta híres gyógyfürdőre fordította. A halli fürdő tulajdonosa t. i. a felső-ausztriai tartomány gondoskodott arról, hogy az új források már a jövő évad alatt alkalmazásba jöjjenek, és a tartományi gyógyintézet épületei nagybővítésével megadta a lehetőséget, hogy a forgalom várható újabb emelkedésével szemben a fürdő működése fennakadás nélkül folytatódjék.

— Megjelent és a szerkesztőséghez beküldött füzetek. Schaffer Károly dr., e. m. tanár: A hypnotismus élettani, gyógytani és törvényszéki szempontból. Budapest, 1895. Dobrovsky és Franke kiadása. Ára 1 frt. — Rátz István dr.: Az élősdiek mint állati betegségek okozói. Budapest, 1895. — Bókai, Kéti, Korányi: A belgyógyászat kézi könyve. II. k. 1-ső fele. Budapest, 1895. Dobrovsky és Franke kiadása. — Keresztsegy Gyula dr.: Belklinikai diagnostika különös tekintettel a vizsgálati módszerekre. Budapest, Dobrovsky és Franke. 1895. Ára 2 frt. — Chyzer Kornél dr.: Az egészségügyre vonatkozó törvények és rendeletek gyűjteménye 1854—1894. Második bővített kiadás. Budapest. Dobrovsky és Franke. 1895. Ára: 6 frt 80 kr. angol vászonkötésben 7 frt 50 kr. — Ugyanattól: Pótfüzet e munka I. kiadásához. Ugyanazon kiadónál. 1895. — Chyzer Kálmán: Gyógyszerészi Almanach I. évfolyam. Dobrovsky és Franke. 1895. — Ryger és Kirchoff: A részletes sebészet alapvonalai: fordította ifj. Kovács József dr., átnézte Kovács József dr., egyet. tanár. Dobrovsky és Franke. Budapest. 1895. — Tauszk Ferencz dr.: A belgyógyászat alapvonalai. Budapest. 1895. Ára 2 frt 25 kr. — Mahler Gyula dr.: Thrombosis és tüdő embolia a gyermekágyban és nőgyógyászati műtétek után. Budapest. 1895. Dobrovsky és Franke. Ára 1 frt. — Papp Samu dr.: Alsó-Tátrafüred klimatikus gyógyhely ismertetése. Eggenberger-féle könyvk. Budapest. A Preysz Kornél által szerkesztett Fürdő irodalmi könyvtár IV. évf. 34. száma. — Pécsi Dani dr.: Nyilvános tehénhimlő termelő intézet Turkevén. Budapest. 1895. — Mindezen munkákat alkalmilag ismertetni fogjuk.

Dr. Herczel egyet. m. tanár sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest, VII, Felső erdősor 5. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitűnő ellátás. — Telefon. — Mersékelt árak. — Kiváncra prospektus.

## „Szt. Lukács-fürdő” részvény-társaság

Budapestben.

Uj! Gyógykezelés meleg kén-só vizel: A thermalis zuhanyfürdő!! (Douche massage). Téli kúra az iszapfürdőben, mely a szállodákkal egy épületet képez. Nehéz betegek számára felhúzó készülék külön iszapfürdőbe. Kényelem és jó ellátás. Lakásokról és fürdőkről küld prospectust az igazgatóság. A fürdő főorvosa: Bosányi Béla dr.

## Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és szt. István-közkórházban 1895. április 4-től egész 1895. április 10-ig ápolott betegekről.

1895.	Felvett			Elbocsátott			Meghalt			Maradt			Az ápoltak közül		
	beteg	férfi	nő	gyógy.	férfi	nő	beteg	férfi	nő	beteg	férfi	nő	beteg	szülendő	heveny fertőző
Ápr.	4	60	51	111	47	45	92	5	9	14	1181	1102	2283	1108	33
"	5	59	39	98	56	29	85	3	3	6	1181	1109	2290	1102	33
"	6	44	46	90	56	57	113	2	6	8	1167	1092	2259	1086	33
"	7	45	38	83	65	39	104	5	4	9	1142	1087	2229	1073	33
"	8	75	37	112	43	47	90	6	3	9	1168	1074	2242	1078	34
"	9	56	40	96	54	42	96	4	2	6	1166	1070	2236	1079	34
"	10	47	34	81	51	50	110	9	6	15	1153	1039	2192	1056	32



# KÖZEGÉSZSÉGÜGY ÉS TÖRVÉNYSZÉKI ORVOSTAN.

Szerkeszti FODOR JÓZSEF tanár.

Tartalom: Állami serumtermelő-telep vagy Pasteur-intézet? — A venerikus bántalmak és a prostitutio Budapesten. — Fodor József tur.: A budapesti „végleges” vízmű kiépítése. — Közegészségügy.

## Állami serumtermelő-telep vagy Pasteur-intézet?

Az országos közegészségi tanács márczius 21-diki ülésében tárgyalta e kérdést, azon leirat alapján, melyet Perczel Dezső belügyminister intézett egy állami serumtermelő-telep szándékba vett felállítására tárgyában.

A fennforgó tárgyban az előadó részéről következő véleményes jelentés adatott be a tanácshoz:

Tek. országos közegészségi tanács!

Ö nagyméltósága a belügyminister úr f. é. február 23-dikáról 8550/Via sz. a. kelt leiratában tudomására hozza a tanácsnak, hogy hivatali elődjének azon tervét, hogy Budapesten a diphtheria-ellenes serum termelésére állami intézet létesíttessék, magáévá tette és e tárgyban törvényjavaslattal kíván az országgyűlés elé lépni, egyszersmind leküldi magát a tervezett törvényjavaslatot oly felkéréssel, hogy azt a tanács vitassa meg és véleményéről ö nagyméltóságát mielőbb értesítse.

A tervezett törvényjavaslat a következő:

*Törvényjavaslat diphtheria-ellenes gyógysavó előállítására szolgáló telepnek Budapest fő- és székváros területén való létesítéséről.*

1. §. A belügyminister felhatalmaztatik, hogy Budapest székes-főváros területén, a székes-főváros közönsége által e célra átengedett telken diphtheria-ellenes gyógysavó előállítására szolgáló intézetet létesítsen.

2. §. A gyógysavó termelő-telep oly terjedelemben létesítendő, hogy egyelőre 24 ló befogadására szolgáló istálló építtessék, de ez a szükség szerint 60 db. lóállományig kibővíthető legyen.

3. §. Felhatalmaztatik a belügyminister, hogy a telep részére szükséges épületeket ú. m. istállókat, lóápolói lakásokat és laboratóriumot 70,000 frtot meg nem haladó költség erejéig felépíttesse; az első évi felszerelésekre és fenntartási költségekre pedig 18,526 frt erejéig kiadásokat utalványozhasson.

4. §. A 3. §-ban említett építkezési költségek a belügyministerium 1895. évi zárszámadásában a beruházási költségek között külön cím alatt; az első évi felszerelés és fenntartás költségei pedig ugyanazon zárszámadásban a közegészségi kiadások között külön rovat alatt számlandók el.

5. §. Jelen törvény végrehajtásával a belügyminister bizatik meg.

A létesítendő serumtermelő-intézet tervezete a következő:

A főváros részéről e célra a Hajtsár-út mellett átengedett 4 catastralis holdnyi területen lenne elhelyezve a telep, mely a következő épületekből állana: a) egy 24 és b) egy 10 ló számára és c) egy kísérleti állatok számára berendezett istállóból, d) egy lakóházból 4 lóápoló számára és e) egy 4 szobájú laboratórium-ból. A telepet vezetné egy igazgató, ki mellé egy szaksegéd, egy laboráns, egy telepfelügyelő és három szolgáló és lóápoló adatnék. Egyelőre 12 immunizált ló adná a serumot, mely a tervezet szerint 20 naponként csapolva és egy-egy lóra 4 liter vér, illetőleg 2 liter savót véve, havonként 36,000 cm<sup>3</sup> savót, azaz 30 cm<sup>3</sup>-nyi adagokra osztva 1200, 12 hónap alatt pedig 14,400 adag serumot termelne. Az építkezési és első felszerelési költségek 64—70,000 frtba kerülnének; évi átalányul pedig egyelőre 15,274 frt vétetnék fel, melyből a dologi és személyi kiadások fedeztetnének, amazokra évenként a lovak beszerzésére, élelmezésére, a telep fenntartására és laboratóriumi átalányra 8734 frtot, az utóbbiakra 3000 frt igazgatói tiszteletdíjat, 1500 frt szaksegédi, 840 frtot 3 lovaszi, 800 frtot egy lovaszmesteri (felügyelői), 400 frtot egy laboránsi, összesen 6540 frt vétetnék, mihez még esetleg 1500 frt fizetés járulna egy állatorvos fizetése gyanánt, a mely tehát 16,774 frtot tenne ki. Az évi savótermelés fele részét, tehát 7200 adagot a tervezet az ország egyes kórházai

és az egyes törvényhatóságok között ingyen osztaná szét, a másik 7200 adagot pedig fizetéképes magánosoknak, intézeteknek vagy törvényhatóságoknak és gyógytáraknak pénzért adná el, mi egy adagot 1 frt 50 krjával számítva évenként 10,800 frt bevételt tenne ki, a mi fedezetül szolgálna az évi átalányra, a mihez járulnának még azon jövedelmek is, melyek a netán felállítandó magán serumtermelő-intézetek részéről vagy a külföldről a hazai kereskedésbe hozott savó hivatalos vizsgálatáért beszedendő díjakból állanának, a mire egyelőre adatok hiány egy bizonyos összeg nem praelimináltak.

T. országos közegészségi tanács!

Mindenekelőtt — azt hiszem — T. K. T., hogy hálás köszönettel kell fogadnunk ö nagyméltóságának azon elhatározását, hogy mielőtt a szóbanforgó törvényjavaslatot a törvényhozás elé terjesztené, megvitatás és véleményezés végett leküldötte azt hozzánk, mint a közegészségügyi központi kormányzatnak a törvény által a közegészségi ügyek tudományos tárgyalása céljából felállított hivatalos véleményező és indítványozó testületéhez, mely mellett a minister, a törvény értelmében, közegészségi ügyekben, egyéb szakértő és tudományos testületeket is meghallgathat ugyan, de a melyet, épen a jelzett törvény szellemében, első sorban meghallgatnia kell. Csakis úgy lehet üdvös és sikeres az ország közegészségügyi központi kormányzatának működése hazánk közegészségének emelése körül, ha az összes közegészségi ügyek vezetője a belügyminister alatt álló véleményező és indítványozó testület a közegészségi tanács, továbbá az adminisztráló közeg a belügyi kormányzat közegészségi osztálya, mindenik a maga törvénytábla hatáskörében maradván és a másikéba át nem csapva, végezi köteleességét.

A szóbanforgó ügy ez idő szerint még tudományos ügy, így annak megvitatása és tudományos megállapítása, vajjon a serum-therapiával szemben az ország közegészségügyi kormányzata foglalkoz-e állást és milyet? hivatalos véleményt alkotni, a törvény értelmében, a mi kötelességünk, azon testületé, mely különböző tudományos szakmák képviselőiből állván, a „több szem többet lát” elvénél fogva objectív szemmel ítélheti meg ezen most felmerült fontos közegészségügyi kérdést is és a hivatalos szoba aktáiból meríthetőnél megbízhatóbb véleményt adhat a végrehajtó hatalom számára és megóvhatja az elcsúszott buzgalom következményeitől.

Tisztelettel kell meghajolnunk ugyan t. tanács ö nagyméltósága hivatali elődjének ama magasröptű intenciói előtt, melyekkel országunk közegészségügyének minden lehető eszközökkel való emelését hivatalos működésének egyik sarkalatos programjává tette és hálával is emlékezzük meg több sikeresen életbe-leptetett intézkedéseiről: a szóbanforgó tervezet azonban — szerény véleményem szerint legalább — a kérdés tudományos és gyakorlati jelen állása szerint részben nem érett meg, részben pedig túlhaladott arra, hogy ez idő szerint életbeléptetessék. És ezt nyíltan és őszintén meg kell mondanunk ö nagyméltóságának, ki elődje tervét hivatala átvétele alkalmával már készen találta, annyiival inkább, mert az nem a mi javaslatunk alapján és szellemében alkotott.

Ö nagyméltóságának hivatalbeli elődje ugyanis mult év július hó 1-éről 53,366. sz. alatt kelt leiratában azon alkalmából, hogy Koch Róbert a külügyministerium útján tudósította a magyar kormányt arról, hogy az ő vezetése alatt álló és a fertőző betegségek tanulmányozására rendelt berlini intézetben Behring és Ehrlich tanárok a diphtheria ellen immunizáló vérsavóval úgy védőtások, mint gyógyító-injectiók alakjában sikeres kísérleteket végeztek,



kérdést intézett a tanácshoz, vajjon végzett szakszerű kísérletek alapján állítható-e, hogy a szóban levő vérsavó oltásoknak van-e immunizáló és gyógyító hatásuk? és annyira megéreteknek tekinthető-e a kérdés, hogy átvihető lenne a módszer a gyakorlatban? és hogy mily módon lehetne a szükséges immunizáló vérsavó előállításáról gondoskodni?

E kérdésekre a tanács annak idején kifejtve a serum kérdés akkori állását, megadta a véleményét, a mely oda concludált, hogy a vérsavó-oltások immunizáló és gyógyító hatása felől szakszerű kísérletek végzése szükséges állatokon és embereken; állatokon, hogy a módszer állatkísérleti alapjának biztossága saját kontroll kísérleteink által ellenőriztessék; betegeken, hogy a serum hatásáról a gyermekek diphtheriájának orvoslására saját önálló tapasztalataink legyenek. Mindenekfelett pedig hangsúlyozta a tanács azt, hogy égető szükség van országunk számára egy intézett felállítására, a melyben az ilyen, az emberi fertőző betegségek tárgyában napról napra felmerülő kérdések folyton figyelemmel tartassanak és ideje korán tudományos vizsgálat alá vétessenek; ugyanekkor ismételve hangsúlyozta a tanács a budapesti egyetem általános kórtani intézetével kapcsolatos Pasteur-intézet mihamarabb kiépítésének szükségét is, melyben az ily kísérletek végezhetők lennének.

A serum-kérdésnek nagyobb lendületet adott a múlt év végén Roux vizsgálatainak közzététele a budapesti internationalis egészségügyi congressuson. Azon nagy mozgalom, mely erre Párisban keletkezett és a minek eredménye az lett, hogy a párisi Pasteur-intézet számára rövid időn félmillió franknyi közadomány gyűlt össze, ő nagyméltóságának elődjét arra indította, hogy három szaktársunkat Raisz Gedeon dr., Frank Ödön dr. és Praisz Hugó dr. urakat kiküldítte a párisi és höchsti serum-készítés megtekintésére és véleményadással bizta meg őket, mi módon lehetne ellátni közönségünket is itthon készített vérsavóval. Eme megbízás eredménye a fennebbi terv és törvényjavaslat, a mely a múlt év decemberében készült.

Indokoltnak látszott ez akkor a következő okokból: 1. A párisi élénk hű-hó nagyobb hitelt szerzett a Behring-féle kijelentésnek, hogy a vérsavóban meg van találva a diphtheria specificus gyógyszer, a mely állítás addig, a tuberculin emléke alatt európa-szerre még magában Németországban is csak gyér hitelre talált; 2. A közönség — mint minden ilyen esetben — ostromolta a belügyi kormányzatot a serumért, mely iránt a hírlapok felcsigázták a várakozást. 3. A serumot akkor még csak a höchsti gyár szolgáltatta és csak kevéssé a Schering-gyár mimiatt az felettébb drága volt és nagyon kapós lévén, kevés anyaghoz jutottak csak a közönség, minek folytán kíváncsoknak látszott, hogy a magyar kormány gondoskodjék arról, hogy az állam polgárai lehetőleg olcsó és elegendő gyógyszerum birtokába jussanak.

Mindezen indokokkal jelenleg egészen másképpen áll a dolog. A mi az első pontot illeti: a párisi napisajtó által felkeltett káprázatot ez idő szerint már nyugodtabb contemplatio váltotta fel. Az utóbbi hónapokban, amint a Behring-féle diphtheria-gyógyító savót kiterjedtebben kezdték használni és az elért eredményeket analysálni, mindinkább megérlelődött az a helyes felfogás, hogy annak értéke felől döntő ítéletet egyhamar még megállapítani nem lehet, mivel ahhoz az szükséges, hogy a szer hatására, különböző járványokban, különféle beteganyagban, huzamosabb észleletek és tapasztalatok tétessenek. Kiderült továbbá az is — mint azt juliusi felterjesztésünkben hangsúlyoztuk — hogy a diphtheria-savó gyógymód állatkísérleti alapjának revisiója és továbbfejlesztése szintén szükséges, a menyiben az állatokon kísérletileg előidézhető diphtheriás folyamatból és a diphtheria-ellenes savónak arra való hatásából elvont következtetéseket nem lehet egyszerűen átvinni az emberi diphtheria therapiába. Különösen feltűnt ez két irányban. Míg a Behring- és Roux-féle hézagosan közölt állatkísérletek különösen a praeventiv-oltásokat tüntették fel sikereseknek és a curativ-oltásokat csekélyebb értékeknek; addig az emberi therapeutikus kísérleteknél az észlelők többsége a gyógyszerum curativ alkalmazásától vél több eredményt kimutathatni és mindannyia túlzottnak találja Behringnek a bécsi vándorgyűlésen tett azon kijelentését, hogy a kormányoknak jövőben a diphtheriaellenes védőoltásokat éppen úgy kötelessége lesz életbeléptetni, mint a védőhímő-oltást.

E kérdések körül forog jelenleg is és fog forogni még sokáig a vita, vajjon az eddig elért nem kedvezőtlennek ítélt curativ és kevésbé kedvezőnek mutató praeventiv hatásokra vonatkozó tapasztalatok alapján állítható-e az, hogy az új szernek van-e vagy nincs védő- és gyógyító értéke. Az, hogy a szernek valami különösebb káros hatása volna az emberi szervezetre az eddigi észleletek nem mutatták. Így azzal tovább folytatni a therapeutikus kísérleteket — miután ez idő szerint sok észlelő Európa különböző helyein attól kedvező befolyást vél elérni a diphtheria-halálozás csökkentésére — indokolt és kár annak alkalmazásából csak annyiban várható, hogy esetleg egygyel több lesz a diphtheria ellen alkalmazásba vett és be nem vált szerekek száma. Az is kidom-borodik már az eddigi vitákból, hogy az észlelők többsége a serum alkalmazás mellett is fenntartandónak itéli az eddigi sikeres diphtheria-orvoslásmódokat.

A mi a 2-dik pontot illeti:

A mint a napisajtó zaja alábbhagyott és az első káprázatot úgy a szakkörökben, mint a nagy közönségben nyugodtabb hangulat váltotta fel: a serum-kereslet is csökkent a közönségben. Jelenleg már bőven kapható a serum a fővárosi gyógytárakban; azon gyógyszerészek, kik a Behring- és Roux-féle serum magyarországi bizományosai inkább arról panaszkodnak, hogy nincs kelete az árúnak.

A mi a 3-dik pontot illeti:

Mióta a hazai serum-termelőtelep terve ő nagyméltósága hivatali elődjének meghagyása folytán a közegézségügyi osztályban elkészült, a serum kereskedelmi készletében és árvizonyaiában tetemes változások állottak be. Múlt év november és decemberében még csak a höchsti „Farbwerke vorm. Meister Lucius et Brüning“ cég, mely tudvalevőleg Behring felügyelete alatt készíti a savót, szolgáltatta a serumot és pedig, mint tudjuk, aránylag kis mennyiségben és jó drágán. Egy 500 u. n. antitoxin-egységű 10 cc.-nyi savót tartalmazó üveg ára ugyanis 6 márka, egy 1000-esé 11 márka, egy 1500 asé 16 márka volt; jelenleg alig három hónap után ugyanazon cégtől ugyanezeket a következő árakon lehet kapni: 500-ast = 1.25 márka, 1000-est = 2.20 márka, az 1500-ast = 3.25 márka. Sőt van egy negyedik üvege is 100 antitoxin-egységgel. 50 filléres üveg a védőoltásokra. Három hónap alatt tehát az árú értéke körülbelül 5-szörte olcsóbb lett; megjegyzendő, hogy a cég ez árakból droguisták és gyógyszerészek számára 25% árengedményt ad. A Schering-féle berlini chemiai gyár, mely Aronson dr. felügyelete alatt készíti a serumot, jelenleg már kétféle serumot hoz forgalomba: 5 cc.-es u. n. „einfache Heildosis“-t 1.75 márka és 10 cc. „doppelte Heildosis“-t 3.50 márkáért; minden cc.-ben állítólág legalább 120 antitoxin-egység van, tehát az előbbi circa 600, az utóbbi circa 1200 antitoxin-egységet tartalmaz. Legdrágább ez idő szerint még a Roux-féle serum a párisi Pasteur-intézetből, mely 10 grammos üvegben 1600 antitoxin-egységgel 5 frt 50 krrel árúsítatik, de a mely tudomásunk szerint a magyar kormánynak gyógyintézetekre és szegények számára juttatás végett 2 frtjával felajánlatott. Miután Darmstadtban ismét egy újabb serum-gyár állítatik fel, a serum ára előreláthatólag a nagy concurrentia miatt még alacsonyabb leend.

Az egészségügyi osztály által tervbe vett serum-termelőtelep ez alacsony árak mellett alig állhatná ki az üzleti versenyt, ha csak a külföldi serumra prohibitív-vámokat nem vetne a kormány vagy esetleg felállítandó magán serum-gyárak termékeivel szemben az állami serumot hivatalos úton nem terjesztené, a mi bizonyára nem lenne a közönség érdekében.

A fennebb ismertetett terv szerint ugyanis a felállítandó serum-telep évi productiója a kívánt berendezés mellett 70,000 frt befektetett tőkével és 15,274 frtnyi évi átalánnyal, feltéve, hogy minden úgy egybevág, a miként terveztetik, 14,400 adag serum volna, melynek értéke a terv szerint 1 frt 50 krjával véve 21,600 frtot tenne ki. (Ennek felét tehát 10,800 frt értéket kíván a terv egyes kórházak és törvényhatóságok között szétosztani, másik felét pedig elárúsítani.) Egy adag előállítási ár e terv szerint így az államnak nem számítva a befektetett tőkét csak annak 4%-os kamatját és az évi átalányt, tehát összesen 18,074 frtot; 1 frt 25 krjába kerülne. Világos, hogy a mondott mennyiségű



serum rövid időn, ha az árak így szállanak, a kereskedésből hasonló áron megvehető lesz; sőt tekintettel arra, hogy a termelői serumnak csak felét akarják pénzben értékesíteni eladás útján, a másik felét pedig ingyen szétosztani, ez utóbbi mennyiség már ez idő szerint is az előállítás áránál tökélségteljesen kifizetése nélkül sokkal olcsóbbért beszerezhető.

Ilyetén módon egy állami serum-telep felállításának ez idő szerint minden indokai elegendőek. *Sem tudományosan sem tapasztalatilag a gyógyszerum diphtheria-ellenes specifikus hatása ez idő szerint még bebizonyítva nincs, semmiesetre sincs annyira, hogy az államnak kötelező kellene magát érezni arra, hogy azzal az országgal vagyontalan lakosságát okvetetlenül ellássa; a serumkereslet már az ország közönsége részéről nem olyan rendkívüli, hogy ezt a rendes gyógyszerár-kereskedés és pedig jelenleg is már elég mérsékelt árakon ki ne elégíthetné.*

Egy indok maradna csupán valamelyes serummal foglalkozó intézet létesítésére. Ez az, hogy szükséges lesz az iránt államilag intézkedni, hogy az ország vevőközönsége és az orvosok is biztosítva legyenek a felől, hogy a kereskedelembe hozott serum, mely még bizonyára jó ideig, sőt esetleg ha a jelenlegi egyes kedvező tapasztalatok későbbi hasonló tapasztalatok által is igazolást nyernek, tartósan megmarad a diphtheria-ellenes szerek között, olyan, a mint a milyenek a szétküldő gyár hirdeti. Ennek ellenőrzésére a közönséges gyógyszerár-vizsgálás nem elegendő. Erre külön laboratórium és pedig bakteriologia laboratórium kell, a hol megfelelő állatkísérletekkel lehet csak megállapítani a serum antitoxin tartalmának helyességét. *E célból azonban serum-telep berendezésére nincsen szükség. E vizsgálatokkal meg lehet bízni a fővárosban létező bakteriologiai vizsgálatokkal foglalkozó állami intézeteket, a budapesti egyetemen a hygieni, általános kórtani és Pasteur-intézetet, az állatorvos-akadémiai bakteriologiát, továbbá a fővárosi bakteriologiai intézeteket; hasonló intézetek vannak Kolozsvárt is: az ottani általános kórtani és hygieni intézetekben.*

A külföldi országok közül tudunkkal egy sem állított fel még ilyen állami serumtermelő-intézetet. Németországban, a hol feltalálták a serumot és pedig állami intézetben magán gyárak állítják azt elő és az elárúitást ministeri rendelet alapján csakis droguisták és gyógyszerárak eszközlik. Franciaországban, a hol a párisi Pasteur-intézet készíti a savót, az állam csak annyiban járul a dologhoz, hogy e nem állami intézetet bizonyos dotatióban részesíti; a serum elárúitása ottan is droguisták és gyógyszerészek által történik és az intézet direkte nem adja azt el a közönségnek. Ausztriában, Bécsben Paltauf tanár intézete foglalkozik a serumkészítéssel és ebben az állam részéről anyagilag segélyeztetik: a bécsi legfelsőbb közegészségi tanács felügyeli az egészet, mely a továbbiakra vonatkozólag a serumkérdés továbbfejlődése iránt várakozó állásban van. Angliában szintén egy a párisi Pasteur-intézethez hasonló intézet a „British Institut for prevention of diseases” experimental pathologiai laboratóriumában termelik a serumot, a mellett több magán-laboratórium készíti azt már is.

Tekintve a serum jelenlegi alacsony árát, mely mai nap már semmivel sem jön drágábbra a betegnek, mint egyéb diphtheria-ellenes szer, az állam részéről teljesen felesleges lenne egy serum-termelő-telep létesítésébe belemenni és bátran hagyható a serumkészítés magánvállalkozás tárgyánál, a mely, ha a serum beválik és újra kelete lesz, bizonyára megindul ez irányban is épen úgy, mint a himlőnyírka termelésben. Ez a magánvállalatok versenye jobban biztosítja az ország népét az iránt, hogy jó savót kap, mintha egy állami intézet monopolizálja concurrentia és esetleges ellenőrzés nélkül vagy hiányos ellenőrzéssel a savókészítést.

Szükségesnek tartjuk e mellett a nagyméltóságának figyelmét felhívni arra, hogy a tervezet az az intentiója, hogy a készített savót egyeseknek is szándékozik árba bocsátani, hogy a 15,000 frtnyi évi kiadásból az eladás folytán 10,000 frt visszatérüljön, nem realis számításon alapszik. A serumelárúitást az egészségügyi kormányzat felfogásunk szerint önmaga nem fogja eszközölhetni, miután a közegészségügyi törvény 126. §-a szerint arra, mint gyógyszer elárúításra, csak okleveles gyógyszerár-tulajdonos van feljogosítva vagy meg kellene változtatni a törvényt vagy személyes-jogu gyógytárt kellene felállítani ottan az államnak és okleveles

gyógyszerészt oda elárúítás végett beállítani. Hogy pedig az eladás folytán a praeliminált 10,000 frtnyi bevétel még zavartalan eladás esetén sem jönné be, a serum alacsony kereskedelmi ára mellett. világos; így az állami serumgyár, nem mint a tervezet praeliminálja, 4000 frtnyi deficitet dolgoznék évenként, hanem valószínűleg az évi 15,000 frtnyi átalány legnagyobb részének megfelelő összegű deficitet.

Mindezek alapján tehát tek. tanács szerény véleményem szerint az állam részéről a serumgyártás kérdése, mint már fennebb jeleztem, tudományos szempontból még nem érett meg, gyógyszerár-üzleti szempontból pedig ez időszert túlhaladott álláspont; minél fogva a fennebbiek kifejtése mellett felkérendő lenne a nagyméltósága, hogy azon tervét, hogy egy állami serumtermelő-telep létesítése iránt a törvényhozásnak törvényjavaslatot nyújtson be, elejteni méltóztassék.

Nem serumtermelő-telepre van szüksége t. tanács szerény véleményem szerint — az országnak és az államkormányzatnak, hanem egy olyan intézetre, mint a párisi Pasteur-intézet, vagy a londoni British Institut for prevention of diseases, vagy a berlini Koch-féle intézet a fertőző betegségek tudományos és gyakorlati vizsgálatára, melyekben a járványos betegségekre ez időszert folytonosan napirenden levő tudományos kérdések szakadatlanul figyelemmel kísértessenek, a mely mellett azután jól megférhetnek a gyakorlati végrehajtásra megérlelt intézmények, mint pl. a veszesség elleni védőtások és ha netán gyakorlatilag beválnék a diphtheriaellenes savókészítés. Így van ez berendezve a párisi Pasteur-intézetben is, a melyben az anyaintézet egy bakteriologiai, egy experimentál pathologiai, egy chemiai osztályból áll a fertőző betegségek tudományos tanulmányozására, a melyek mellett van berendezve a „service antirabique” a veszett ebmarta egyének gyógyítására és egy „service antidiphtherique” az antidiphtherikus serum készítésére. Hasonló a berendezés nagyjában a londoni és a berlini fertőző betegségeket tanulmányozó intézetben, a hol még az emberi fertőző betegek számára kórházi osztályok is vannak berendezve.

Egy ilyen nagyszabású intézet létesítéséhez kell felkérnünk a nagyméltóságának kezdeményező fellépését, mint azt tettük már ismételve a nagyméltósága elődjénél. Egy ilyen intézet létesítésére az iniciatívát a budapesti egyetem orvoskari tanártestülete Korányi, Fodor, Kéti, Högyes és Pertik tanárok indítványára már ez alkalommal is újra megtette, a honnan a következő javaslat ment fel a vallás- és közoktatásügyi minister úr a nagyméltóságához:

„1. tekintettel arra, hogy a fertőző betegségekre vonatkozó bűvárkodások és kísérletezések napról napra és rohamosan emelkednek úgy közegészségügyi, mint kórtani és gyógytani szempontból jelentőségükben és terjedelmükben;

2. hogy ilyenmü tudományos bűvárkodásokra, valamint gyakorlati műveletekre manapság már teljesen elégtelenek a jelenleg fennálló intézeteink, úgy egyenként, mint összességükben, együtt, működésükben is — és számottevő haladás csakis nagyszabású kellően szervezett és felszerelt intézetekben érhető el, minők pl. Párisban a Pasteur-intézet, avagy Berlinben a fertőző betegségek bűvárlására szolgáló intézet;

3. hogy a különféle gyógyító és immunisáló anyagoknak hazánkban előállítására szükség van s a magas kormány ki is jelentette elhatározását, hogy diphtheriaellenes serumtermelő-intézetet létesít, de ezzel szemben épúgy szükség van arra, miként ama anyagok előállítása úgy tudományos, mint gyakorlati szempontból folytonos szakértő felügyelet alatt álljon, sőt — a mennyiben sikerül az előállítás — folyton tökéletesíttessék;

4. hogy a fertőző betegségekre vonatkozó tudományos bűvárkodások és gyakorlati próbák, úgy szintén a serum előállítása s ennek kellő kontrolja stb. sokoldalú tudományos képességet, több, különféle irányban járatos szakértőt kívánnak meg; ily szakemberek pedig különösen egyetemünk, facultásunk kebelében találhatók együtt;

5. hogy ama vizsgálódásokra az oltó- és gyógyítóanyagoknak kitanulmányozására és szakszerű kontroljára beteganyag is szükséges, még pedig kellő klinikai felügyelet alatt álló, a mit egyetemünkön szintén birunk;



6. hogy égetően szükséges, miszerint az egyetemünkön képzett orvosi nemzedék módot és alkalmat találjon egyetemünkön a fertőző betegségek tudományos és gyakorlati megismerésére, hűválására, az azok ellen szolgáló oltások és egyéb műveletek elsajátítására: Kegyeskedjék egyetemünk, illetve facultásunk kötelekben egy széles alapon álló, a fertőző betegségek tudományos és gyakorlati vizsgálatára szolgáló, kellő szervezettel s felszereléssel bíró intézetet létesíteni, még pedig esetleg a nagyméltóságú m. kir. belügyminiszter úrral egyetértőleg, a melynek feladata lenne a fertőző betegségekre vonatkozó főntebb említett tudományos és gyakorlati bűvárkodásokat és kísérleteket végezni, a gyógyító- és védőanyagokat termelni, vagy annak termelését felügyelni, s ez irányban tudásunkat elméletileg és gyakorlatilag fejleszteni, a gyógyító serumokat és egyéb rokon anyagokat kontrollálni, a hasonló irányban munkálkodó más egyetemi intézeteket, klinikákat támogatni s végre az egyetemünkön képzett orvosokat az előadottakba tudományosan és gyakorlatilag bevezetni.

E javaslatot a vallás- és közoktatásügyi ministerium jelenleg már át is tette a belügyminister úr ő nagyméltóságához és annak elintézése részben egybefügg e javaslatunkkal is.

Bátor vagyok ezek folytán indítványozni, hogy midőn ő nagyméltóságát arra kérjük fel, hogy a serumtelep jelenleg még és már czéltalan felállításától eltekinteni méltóztassék, egyszersmind kérjük fel arra is, hogy eme nagyszabású intézet létesítését a vallás- és közoktatásügyi miniszter úrral együtt kezdeményezni, a felállítandó intézet tervezetének megalkotására, egy a két ministerium részéről közösen tartandó értekezlet összehívását proponálni méltóztassék.

Hogyha pedig ő nagyméltósága mindezek dacára a serumtelep felállítására határozna el magát, tekintetbe véve azt, hogy a serumkészítés és annak therapeutikus alkalmazása ez időszereint még tisztán tudományos gyógytani kísérletezés számba megy, e tudományos kísérletezés eredményeinek, úgy a serumkészítés menetét, valamint ennek a nagy orvosi gyakorlatban elért hatásának folytonos tudományos ellenőrzését, az erre hivatott törvényes testületre, az országos közegészségi tanácsra bízni méltóztassék, mely ezt egy kebeléből e czélból kiküldött külön bizottsága vagy pedig állandó járvány-bizottsága által gyakorolhatja és az elért eredményeket, mint fontos közegészségügyi kérdéseket tudományos tárgyalás alá veheti, a melyeknek alapján teheti meg azután ő nagyméltóságához annak idején a maga érdelemes jelentését. Így van ezen ügy Austriában is, a legfelsőbb egészségügyi tanács tudományos felügyelete alatt. A közegészségügyi administratio illetékes működés köre csak akkor léphet észszerűen életbe, mikor a kérdés már tudományosan tisztázva lesz.

E jelentés alapján a tanács behatóan tárgyalva az ügyet a jelentést kevés módosítással valamennyi szavazattal egy ellenében elfogadta és annak értelmében tette meg felterjesztését a belügyministerhez, a következő pontokban foglalva össze annak tartalmát.

1-ször. *Tekintetbe véve azt, hogy a diphtheria-ellenes serum gyógyértéke eddigelé még nincs kifogástalanul bebizonyítva; hogy a serum kereslet már ez idő szerint sem olyan nagy és jövőben a magán serum gyárak szaporodása folytán még kevésbé lesz olyan nagy, hogy azt a rendes gyógyszer kereskedés ne fedezhetné; hogy a diphtheria-ellenes serum kereskedelmi ára már ez idő szerint is olyan alacsony, hogy a miatt kivételes állami intézkedésekre szükség nincs; hogy a terebe vett állami serumtermelő-telep financialis szempontokból a magán serumgyárakkal a versenyt már ez idő szerint sem állhatná ki; hogy a terebe vett serum eladás az állam részéről kivitellen lenne, mivel az a közegészségügyi törvény 126. §-ába ütközik; hogy előre láthatólag más diphtheria-ellenes szerek is lesznek feltalálva, a midőn — valamint akkor is, ha a serum értéke nem válik be, a mi ez idő szerint nincs kizárva — az állami befektetés a diphtheria-ellenes löserum gyártásba teljesen kárba veszne; hogy elvi szempontból nem kívánatos az, hogy közegészségügyi intézkedéseiből maga az állam üzletet csináljon: a terebe vett állami serumgyár felállítását ez idő szerint az országos közegészségi tanács indokoltnak nem látja és kéri nagyméltóságodat, hogy a szóban forgó törvényjavaslatot ilyen alakjában teljesen el-ejteni méltóztassék.*

2-ször. *Miután a fentebb kifejtettek szerint nem serumgyárra, hanem egy a párisi Pasteur-intézethez vagy a londoni „Institut*

*for Prevention of diseases“ vagy a berlini „Institut für Infektionskrankheiten“-hez hasonló nagyszabású a fertőző betegségeket tanulmányozó intézetre van az országnak, a belügyi és közoktatásügyi kormányzatnak szüksége; miután e tekintetben a közoktatásügyi ministerium a kezdeményezést meg is tette és indítványa erre vonatkozólag nagyméltóságod előtt fekszik: az országos közegészségi tanács azon kéréssel lép nagyméltóságod elé, hogy ez eszmét magáévá téve a két ministerium részéről közösen tartandó értekezlet összehívását kezdeményezni méltóztassék, a melyben ez intézet felállításának részletei és költségvetési állapotátatné meg, melynek alapján nyujtatné talán be egy törvényjavaslat egy a fertőző betegségeket tanulmányozó nagyobb szabású intézet felállítására iránt.*

3-szor. *Ha nagyméltóságod ez idő szerint akármely okból nem látná elérkezettnek az időt egy ily nagyobb szabású intézet létesítésére és ezen alkalomból csak egy olyan kisebbszereű intézet felállítására határozna el magát, a mely későbbben ama nagyobb szabású intézetté fejlődhetné: az országos közegészségi tanács tisztelettel kéri nagyméltóságodat, hogy ez intézet felállítása módzatainak megbeszélésére egy a belügyministerium kebelében az országos közegészségi tanács, az egészségügyi osztály szakértőiből álló értekezletet kiküldeni és annak jelentését ez ügyben bevárni méltóztassék.*

4-szer. *Végezetre, ha pedig nagyméltóságod a fenn kifejtettek dacára mégis az állami serum-telep felállítására határozna el magát: az országos közegészségi tanács tisztelettel kéri nagyméltóságodat, hogy ezen ez idő szerint még tisztán tudományos ügy tudományos vezetésével és ellenőrzésével a tanácsnak vagy az állandó járvány-bizottságát, vagy pedig e czélra különösen kiküldendő bizottságát megbízni méltóztassék.*

## A venerikus bántalmak és a prostitutio Budapesten.<sup>1</sup>

Marschalkó Tamás dr. f. é. márczius 2-dikán a budapesti kir. orvosegyesületben tartott előadásával hozta felszínre e mindig fontos és soha eléggé ki nem meríthető ügyet. Magát az előadást egész terjedelmében más alkalommal közöljük, itten csak rövid kivonatot adjuk a hozzáfűződött érdekes és hosszú eszmecserének, mely három ülésen keresztül foglalkoztatta hivatalos és nem hivatalos szakférfiainkat.

M. előadása rövid foglalatra a következő. A venerikus bántalmak közegészségi szempontból óriási fontosságúak, de eddig nagyon mostoha elbánásban részesültek. Miután általánosan elfogadott dolog, hogy a prostitutio a venerikus bántalmak főterjesztője, és annak rendszabályozása az, melynek legnagyobb befolyása van azok csökkentésére, természetesen, hogy azok elterjedéséből az illető rendszabályok életrevalóságára, illetőleg végrehajtásuk pontosságára biztosan lehet következtetni. A statistika, mely Budapest utolsó 10 évi kórházi és poliklinikai anyagát öleli fel, a legmegdöbbentőbb, legszomorúbb viszonyokat tünteti fel: Budapest az összes venerikus, első sorban a syphilis bántalmak, óriási emelkedést mutatnak; az 1894. évi venerikus összmegebetegedések száma az 1887. évi megbetegedések számának — relative a lakosság emelkedését is belészámítva — több mint kétszeresét teszi ki.

A fővárosi prostitutio ügyét szabályozó rendelet áttanulmányozása után, a baj legfőbb okát már eleve is egyenesen a rendőri ellenőrzés alatt álló prostitutio siralmas állapotára kell visszavezetnem ép úgy, mint Cséry és Török kartárs urak, mert a szabályrendelet úgy van szerkesztve, hogy a bejegyzett kéjnök orvosrendőri vizsgálatának értékét nemcsak teljesen illuzoriussá teszi, hanem teljesen paralysálja is. E szabályrendelet tarthatatlan: különösen elhibázott az a pontja, mely részint a rendőrorvos a kéjnököt csak annak lakásán vizsgálhatja meg, és pedig hetenként két meghatározott napon délelőtt 9 órától 2 óráig; ez, tekintve, hogy Budapest 1893. végén 1131 bejegyzett kéjnök volt, kiknek egy nagy része magánlakásban él, és a kikre csak 14 rendőrorvos esik, a mi mellett van olyan rendőrorvos is, kire 100-nál jóval több kéjnök jut, már az időhiánynál fogva abszolút lehetetlenné teszi, hogy a rendőrorvos, még ha a legnagyobb ügybuzgalommal végzi is teendőit, csak középserűleg is eszközölje a vizsgálatokat. De még, ha ezen anomálián a rendőrorvosok létszámának jelentékeny megszorításával és a vizsgálati idő kibővítésével segítenének is, a kéjnököt még akkor sem lehetne saját lakásukon jól és pontosan megvizsgálni.

De a makroszkopos vizsgálaton kívül nagyon szükséges a nemi szervek váladékának mikroszkopos vizsgálata is, a mely nélkül a gonorrhoea az esetek legnagyobb számában felfedezetlen maradt, a miért is a górcsővi vizsgálat már Boroszlón kívül több nagy városban is életbe van léptetve.

<sup>1</sup> A budapesti kir. orvosegyesületben f. é. márczius 2-dikán, 16-dikán, 23-dikán, 30-dikán e tárgyban tartott előadás és az azt követő eszmecsere ismertetése.



A Rókus-kórház azon osztályán, a melyben a prostituáltakat gyógyítják, pár hónapig megfigyeléseket tettem és a szomorú tapasztalatok után gyakorlatilag is beigazolvam azt, hogy a rendőrorvosi intézmény mai rendszere mellett a kéj nők orvosi vizsgálata nemcsak nem képes megakadályozni a venerikus bántalmak terjedését, hanem még direct elősegíti azt, a mennyiben a vizsgálat rossz volta és az ellenőrzés lazasága mellett a nyilvános prostitúció, a mely a dolog természeténél fogva sokkal inkább van kihasználva és sokkal inkább van kitéve infectionának, sokkal több egyént fertőz is. Concret javaslatokat nem teszek, csak felhívom a t. orvosgyesület figyelmét ezen valóban tarthatatlan és siralmas állapotokra, és arra kérem az egyesületet, indítson mozgalmat, a mely hivatva lenne a viszonyokat, a melyek nemcsak fővárosunkban, de bizonyára az egész országban is oly szomorúak, megjavítani.

*Basch Imre* a statisztikai adatok használhatóságában kételkedik, a mennyiben Marschalkó táblázatában különböző jellegű gyógyintézetek szerepelnek és azonkívül nincsenek meg benne az összes megbetegedések; de az egyes adatok is hiányosak. A katonai kórházak adatai sem vehetők irányadóknak. Marschalkónak a statisztikából nyert azon kijelentését, hogy a venerikus bajok száma évről évre növekszik, főleg azért nem fogadhatja el, mert a betegeknek jelenleg több alkalmuk van ingyen kezelésben részesülni, s így nem hanyagolják el annyira a bajt; hogy ez valószínű, a mellett szól az a tapasztalat, hogy a kórházakban évről évre fogy az elhanyagolt súlyos venerikus bajok száma. Felszólaló különben arra nézve, a mit előadók a prostitúció egészségügyi ellenőrzéséről mondtak, általánosságban egyetért: felhoz egy esetet, mely a mellett szól, hogy a mai rendszer nem elégséges és megváltoztatandó.

*Róna Sámuel* mindenekelőtt a venerias megbetegedések elterjedési viszonyairól a multban szól és azután ismerteti azon törekvéseket, melyek hazánkban a venerikus bajok terjedése ellen és a prostitúció-ügy rendezését illetőleg megindultak. Szól meg van ugyan győződve, hogy Magyarországon az utolsó évtizedek alatt a syphilis-esetek száma inkább fogyott, mint szaporodott, de azért törekedniük kell a venerikus megbetegedések számát a minimumra redukálni. Nézete szerint Török és Marschalkó statisztikái nem vitték előbbre azon kérdést, hogy milyen a veneria állása Budapesten; az oka pedig ennek az, mert a statisztikai adatok nem megbízhatók. Marschalkó azon állítását, hogy Budapesten aránytalanul több a venerias, főleg a syphilitikus, nem fogadja el és adatokat hoz fel a syphilis állásáról a külföldön. A mi a venerikus betegségek terjesztését illeti, felszólaló szerint tagadhatlan, hogy Budapesten a bejegyzett és ellenőrzött kéj nők okozzák a legtöbb infectiót, de csak azon körökben, melyek főleg csak a bordélyt keresik fel nem szükségesiteik kielégítésére; ennek azonban nem az ellenőrző rendőr- orvosok az okai, hanem az, hogy sehol annyi syphilitikus és gonorrhoeás nő egy csomóban nincs, mint a bordélyban; továbbá, hogy a syphilitikus nőket nem lehet addig a kórházban tartani, a míg teljesen meggyógyultak; végül mert a venerikus betegségek számára a kórházakban nincs elég hely. Mindezzel nem akarja azt tagadni, hogy a kéj nők vizsgálata körül egyes mulasztások ne fordulnának elő; a mai vizsgálati rendszert sem kívánja védelmébe venni. Csak azt mondja, hogy csupán a rendőrorvosi vizsgálat pontosságától várni a venerikus betegségek ideális csökkenését nem lehet. Egyáltalán nem lehet ma már egyoldali intézkedésekkel a bajt csökkenteni, mert például az osztályán ápolat 140 venerias nő közül 82 nem kéj nő volt, közülük 50% szenvedett syphilisben; ezek ellen elbocsátásuk után a mostani rendőrorvosi intézmény nem bír hatalommal. Végül még felemlíti azon intézkedéseket, melyek egymással karöltve a venerikus betegségek csökkenésére vezethetnek; ilyenek a venerias betegségek intensív tanítása, új bujafóros osztályok sürgős felállítása, a cselédügy, a dajkavizsgálat, az ipar- és gyáregészségügy, ügyszintén a lelenezügy rendezése stb.

*Feleki Hugó.* Mindenekelőtt előadónak a brassói vándorgyűlés által kiküldött bizottságra tett megjegyzését kívánja helyesbíteni. A bizottság tárgyalásai alapján memorandumot dolgozott ki, és ezt a közp. választmányhoz nyújtotta be, mely immár e felterjesztésnek megfelelőleg a prostitutionális kérdésre vonatkozó dolgozatra pályadíj kifizését határozta el.

Az előadás érdemére áttérve, osztozkodik előadó azon álláspontjában, hogy a venerias bántalmak terjedőben vannak. De e terjedést nemcsak hazánkban észleljük, hanem egyebütt is és az elrettentő magas megbetegedési arány némileg csökken, ha a már jelzett elkerülhetetlen statisztikai kisebb hibákon kívül tekintetbe vesszük, hogy a venerias bántalmakat illető tudomány jelentékeny haladása oly bántalmakra is kiderítette a venerias eredetét, melyek azelőtt nem mint ilyenek vezettek be a naplóba.

A tekintetben, hogy a venerias bántalmak terjedésének oka miben keresendő, nem fogadhatja el előadó azon nézetét, hogy annak legfőbb oka a rendőrorvosi felügyelet alatt álló nőkben keresendő. Úgy a mint az külföldön kimutatott, itt is a titkos prostitúció legalább is oly mértékben terjesztője a venerias bántalmaknak, mint az ellenőrzés alatt álló nők. Hisz a katonaságnál a venerias bántalmak oly nagy mértékben terjednek, hogy *Töply* kimutatása szerint nálunk minden 10-dik katonaszenvedő ily betegségben. Pedig a katonák tudvalevőleg nem bordélyokban szokták e bajukat acquirálni. Az orvosrendőri felügyelet hiányosságához ugyan szó nem fér, de különösen hibásak az erkölcsrendőri intézkedések, melyek szerint este vagy éjjel állítólagos barangolás miatt elfogott, vagy teljesen tisztességes nők, ha venerias bántalom constátaltatik rajtuk, a kéj nőkkel egy osztályon ápoltatnak, és hiba az, hogy az ilyenekért nem az állam fizeti az ellátási költségeket, hanem a beteg születési helyén követelik azt, ez által az illető nő stigmatizálván.

Mi a viszonyok javítását illeti, az előadó által hangoztatott gonococcus-vizsgálatot nem tartja szükségesnek, mert minden kéj nő váladékában meg fogjuk találni 1–2 vizsgálatra a gonococust. Így valamennyi kéj nő kórházba kellene küldeni, mi a bordélyok eltörlésével és ennek következtében a titkos prostitúció rohamos emelkedésével járna.

Szóló maga részéről a viszonyok javítását első sorban kellő számú ingyenes rendelő intézetek és kórházak felállításától várja. Szükséges az erkölcsrendőri viszonyok gyökeres módosítása is, mi a titkos prostitúció lényeges csökkentésével járhatna.

Szükséges volna továbbá, hogy törvény, vagy rendeleti úton egyöntetű intézkedések hozatnának be hazánkban mindenütt.

*Haras Adolf.* A poliklinikán szerzett, 11 évre vonatkozó tapasztalati adatai szerint a syphilitikus és venerikus betegségek terjedőben vannak. Keresve a baj okát, azt három körülményben leli: 1. rossz az institutio, mert a prostituáltak saját lakásukban vizsgálatnak meg, piszkos, sötét helyiségekben, a hol semmi segédeszköz nem áll a vizsgálati rendelkezésre s így a legjobb akarat és szakismeret mellett is csak hiányos munkát végezhet; 2. rossz az institutio, mert 80–100 nőt kell egy orvosnak megvizsgálni 4–5 óra alatt, a mi egyrészt physikai lehetetlenség, másrészt arra vezet, hogy az orvos siet és ellenvetés nélkül igénybe veszi érdekelt személyek segítségét, a kik tenyerükkel eltakarják a nagy szeméremajkakat s így az esetleg rajtuk lévő papulákat; 3. rossz az intézmény azért, mert a nő maga fizeti az orvost. Szóló azután áttér a kórházi intézményre és azt is rossznak tartja, mert már akkor becsátják el gyógyult elnevezéssel a betegeket, a mikor a recens syphilis manifest tünetei épen elmúltak. Végül fontosnak tartja azt is, hogy a prostituált is lehetőleg védessék a fertőzéstől; ezen czélból a prostituáltakat meg kellene tanítani vendégeik vizsgálatára és a közönséget is fel kellene világosítani ezen bajok felől népszerű munkák által. Szóló jelenleg minden betegének egy lapot ad, melyen röviden feljegyezve találja azokat a rendszabályokat, melyek őt és környezetét védik és a melyek a jövőben való magatartásra irányadónak szolgálnak. Ajánlja, hogy az egyesület egy bizottságot küldjön ki, mely a hiányos institutio javítására a belligyministernek javaslatokat tegyen.

*Friedrich Vilmos.* Felszólalását röviden a következő pontokba foglalja össze:

1. Felolvasónak a munkás osztályra vonatkozó statisztikai adatait meg nem bízhatónak tartja, a mennyiben ezen számadatokat csak alapos bírálat s nagyobb anyaghalmozás után nyújthatnak megközelítő támpontokat.

2. Budapesten a munkás-osztály, valamint a segélypénztár tagjai között a venerikus megbetegedések elég nagy számban fordultak elő s e megbetegedések az utolsó években szaporodtak. E számok azonban 50,000 tagnak megbízható adatai alapján nagyon távol maradnak a felolvasó által közölt adatoktól, hanem inkább *Török* dr. számaihoz állanak közel.

3. Munkás-osztályhoz tartozó nők között a venerikus megbetegedések ritkábban fordulnak elő.

4. Egyes foglalkozásoknál (kisebb szellemi munkával, s kisebb megerőltető munkával járó, nagyobb keresettel bíró, s esti s félfélt dolgozóknál, továbbá nagyobb szellemi munkát végzőknél) a venerikus megbetegedések nagyobb számban fordulnak elő.

5. A venerikus megbetegedések számának terjesztéséhez a bordélyházban lakókon kívül, első sorban és még emezeknél is nagyobb számban az utcákon egész éjjel csatangoló *bárczás nők*, helynélküli cselédek, magános nők, pinczernők járulnak.

6. A rendőrségnek a bárczás nők utcai keresetét és csatangolását el kellene tiltania, a helynélküli cselédeket pedig figyelemmel kísérni, esetleg a cseléd-törvényt revízió alá venni.

7. Kórházi bujafóros osztályaink szaporítandók, s azokban a bujafórosok egészen ingyen, azaz az állam költségén kezelendők.

*Kőrösi József.* A morbiditási statistika sohasem lehet teljesen pontos, hacsak az illető betegségekre nézve nem áll fenn bejelentési kényszer s így a syphilisre nézve is még megközelítő pontossággal sem állapíthatjuk meg a morbiditást. De ha az előadó statisztikai adatai nem is egészen pontosak, mégis tájékozásul felhasználhatjuk azokat, holott eddig e kérdésben még ily adatokkal sem rendelkezünk. A kórházak és rendelő-intézetek beteganyagából összeállított statistika ellen azt hozzák fel, hogy ez intézetek beteganyaga forog, azaz részben közös; ez többé-kevésbé minden idült betegségre áll, de ez az ellenvetés veszt súlyából, mivel a statistika több évről szól.

Kifogásolni lehet még azt is, hogy az egyes évekről szóló statisztikák adatforrásai nem egyformák. Minthogy azonban a kórházak és poliklinikák statisztikái egyértelműen azt mutatják, hogy a venerias megbetegedések az összes betegségeknek mindig több és több százalékát teszik ki: azt hiszi szóló, hogy előadó statisztikája eléggé bizonyítja, hogy a venerias megbetegedések számaránya Budapesten növekedőben van. A katonai statistika is e mellett szól. Hogy a venerias bántalmakat a nyilvános vagy a titkos prostitúció terjeszti-e inkább, nehezen dönthető el. Kétségtelen, hogy a venerias megbetegedések terjedése nem írható kizárólag a rendőrorvosi intézmény rovására, de másrészt ezt az intézményt „noli me tangere” gyanánt oda állítani megint túlzás. Mint-hogy a venerias bántalmak terjedését egyrészt a nyilvános, másrészt a titkos prostitúció okozza, és mivel a titkos prostitúciót nem lehet ellenőrizni: ha a bejegyzett prostituáltak ellenőrzését nem lehetne kritizálni és megjavítani, úgy egyáltalában nem védekezhetnénk a venerias bántalmak terjedése ellen.

*Aschner Arthur* különösen a gonorrhoeára terjeszkedik ki. Elengedhetlennek tartja a gonococcusra vizsgálatot a kéj nők ellenőrzésénél, mert a klinikai vizsgálattal az esetek nagy számában nem lehet a baj jelenlétét kideríteni. Felhossa Neisser tapasztalatát, a kinek klinikáján



akkor, a mikor csak makroszkopice vizsgálták a kéjnököt, csupán 9-5%-ban találtak gonorrhoeát; később, a mikor mikroszkopos vizsgálatot is végeztek, 54%-ra szűkött a gonorrhoea aránya. Hivatkozik továbbá Laser tapasztalataira és azután a Róna osztályán végzett vizsgálatokról ad számot; az utolsó 3 hónapban 60 nőbeteget vizsgált és 29-nél állapított meg gonorrhoeát: 8 esetben csak az urethránban, 15 esetben az urethránban és cervixben, 4-ben csak a cervixben, 2-ben az urethránban és Bartholin-vezetékben. Tehát majdnem 50%-a a betegeknek szenvedett gonorrhoeában; a klinikai kép alapján azonban csak az esetek  $\frac{1}{3}$ -ában lehetett volna e bajra következtetni. A rendőrorvosok mai száma mellett a gonococcusra vizsgálatot kéjnökknél physikai lehetetlenségnek tartja.

Cséri János felemlíti az általa összeállított statisztikát, mely a közös hadseregénél 1870-től 1891-ig előfordult ragályos nemi betegségekre vonatkozik, összehasonlítva a különböző főparancsnokságok területén előfordult nemi betegségek százalékait. Az eredmény Budapestre nézve nagyon kedvezőtlen volt. Úgy az előadó, mint az ő statisztikája egybevételesen mutatja, hogy a baj nagy és így tovább nem maradhat. A kéjnök orvosi vizsgálata elégtelen, nem felel meg a modern tudománynak. A prostitúciós bajok kútforrását a most érvényben levő szabályrendeletnek tulajdonítja, melyet gyökeresen meg kell változtatni. Indítványozza, hogy az orvosegyesület szakbizottságot küldjön ki azzal a megbízással, hogy a veneriás bajok Budapesten való terjedésének megállítására és a prostitúció helyesebb kezelésére javaslatokat tegyen, melyek közgyűlésen megvitatás után emlékiratban a belügyministerhez terjesztessenek.

Rózsaffy Alajos: Műtán a terjedelmes előadásban felhozottakra egyszerű hallásra reflectálni nem lehet, az ebben foglalt számadatokra alapított állítások helyességének megbíráhatása és különböző szám-csoportok és statisztikai táblázatok áttekintése mulhatlanul szükséges, a nélkül az egészhez érdemlegesen hozzájárulni nem is lehet: ez alkalommal csak egyes általánosságban felemlített mozzanatokra kíván röviden észrevételeket tenni.

Előadó a venerikus betegeknek oly horribilis számát mutatta ki, a melyből a fővárosi prostitúciónak lehet a legrosszabb és legelhanyagoltabb állapotára kell következtetni és a legmegdöbbentőbb az, hogy előadó nézete szerint biztos adatok alapján kimutatja, hogy ezen venerikus betegeknek legalább 75-80%-a nyilvántartott bárczás és egészségrendőri vizsgálat alatt álló prostituált nőtől inficiálta. Csak hogy az előadó e consequentiát a tényleges helyzet teljes ignorálásával téves adatok alapján vonta le. A fővárosban az utóbbi években körülbelül 1000-1200 nyilvántartott prostituált van, kik hetenkint 2-szer vizsgálatnak, de 5-6000-re tehetjük azon nőszemélyek számát, kik a prostitúciót szintén keresetképpen és üzletszerűleg titokban üzik és van legalább 3000 facézer eseléd, kik sub titulo eseléd szintén kéjelgést üznek.

Ez utóbbiaknál hivatalos adatok szerint legalább 21-6%-ot tesz a megbetegedési arány, míg ellenben a bordélyos bárczás prostituáltaknál csak 6-2%-ot, a magán bárczásoknál pedig 2-5%-ot. Különben is manapság általában mintegy törvénynek ismertetett el, hogy a venerikus betegségeket mindenhol és mindig a titkos prostitúció és a legesekélyebb mérvben a nyilvántartott és orvosi ellenőrzés alatt levő prostituáltak terjesztik.

A mi előadó, valamint Havas azon állítását illeti, hogy a venerikus betegek 80%-a saját bemondásuk szerint bajukat bárczás prostituálttól acquirálták, az ez alapon nyert meggyőződés véleménye szerint hitelt nem érdemel.

Erre nézve felhossa a következő esetet: 1889-ben felkérte az ezredparancsnokságot, hogy a feljelentésük alapján eszközöndő felülvizsgálatra küldjék el saját orvosukat is, kinek jelenlétében a megjelölt bordélyban az összes kéjnök felülvizsgáltattak, és mint rendesen negatív eredményt; és úgy akkor, mint a többi esetekben kiderült, hogy ott katonák nem is jártak.

Hivatkozik továbbá az előadó a párisi és berlini statistikára, hol a kórházba küldött prostituáltak száma a mieinknél sokkal kisebb, a mint ez nézete szerint tökéletesen meg is felel azon tapasztalatnak, hogy míg ezen városokban a venerikus betegek száma apad, minálunk ez tetemesen növekedik: ez utóbbi következtetés minden logikát nélkülöz, és merőben téves felfogáson alapszik, mert ha nálunk a nyilvántartott prostituáltak az év folyamán 104-szer lesznek megvizsgálva, Párisban és Berlinben pedig csak havonként 2-szer, illetve 4-szer, nagyon természetes, hogy nálunk több prostituált fog a kórházba utasíttatni, mint ha az illetők 24-szer illetve 48-szor lesznek megvizsgálva.

Felemlíti továbbá az előadó, hogy ezen a közegészséget annyira veszélyeztető tarthatatlan és ázsiai állapotnak, a nélkül, hogy valakit valódni szándékoznék, legnagyobbbrészt

I. a prostitúció ügynek helytelen kezelése,

II. az egészségrendőri felügyeletet gyakorló közegek hanyag és felületes eljárása,

III. a tudomány követelményeinek meg nem felelő vizsgálati módszer,

IV. az egész rendszerünk, de különösen a bordély ügyet szabályzó helyhatósági szabályrendelet hiányos volta az oka.

Ad I. A mi a prostitúció ügy helytelen kezelését illeti, megjegyzi, hogy a fővárosi prostitúció szigorúan a tudomány által megállapított elvek szerint, sok évi gyakorlat alapján merített tapasztalatok nyomán fejlődött és elfogadott irányban a közegészségügy érdekeinek szigorú figyelembe vétele mellett kezeltek pontosan.

A rendszer rossz kezelésének beigazolására felhossa előadó még azt is, hogy a rendőrfőorvos még 1891-ben kiltátsba helyezte volna, a syphilitikus prostituáltakról nyilvántartási napló vezetését, mely azonban még máig sem készült el. Erre vonatkozólag először is kijelenti, hogy

ily ígéretet egyáltalában senkinek nem tett, különben a bujakóros betegek a venerikus betegektől mindig elkülönítve lettek könyvelve és a végeredmény feltüntetésére és kimutatására a betegek kóriszméjét tartalmazó napló teljesen elégséges.

Ad II. Az orvosi ellenőrzést gyakorló közegek felelősségük tudatában feladatukat az ügynek megfelelő komolysággal, kellő szakértelemmel és buzgósággal teljesítik.

A mi azon állítást illeti, hogy a rendőri hatóságtól beküldött venerikus betegek között olyanok is voltak, kiknél a baj nem napokkal a beküldés előtt, de már hetekkel és hónapokkal ezelőtt keletkezett: felemlíti, hogy ezek aligha voltak nyilvántartott bárczás prostituáltak; de fennáll a lehetőség arra nézve is, hogy az ily elhanyagolt esetben a beteg tényleg bárczás és nyilvántartott prostituált volt, a midőn t. i. az illető beiratás végett jelentkezett és a felvételt megelőző orvosi vizsgálatnál mint beteg kórházba küldetett, mielőtt helyét a bordélyban vagy bejegyzett magánlakását elfoglalta volna, vagy lehetett oly bárczás kéjnök, a ki bárczáját már napokkal vagy hetekkel előbb lakáshiány vagy más körülmény folytán visszaadta; ily személyek azonban a dolog természeténél fogva a venerikus bajokat nem mint bárczás, hanem mint titkos prostituáltak terjesztik.

Ad III. A kifogásolt vizsgálati módszert illetőleg utal a már 1882-ben a rendőrfőorvosi hivatal által életbe léptetett, a vizsgálat körüli eljárásra vonatkozó szolgálati utasításra, melyben az előadó által jelzett, a börtöngyász és syphilidológ szempontjából nélkülözhetetlenek nyilvántartott vizsgálati eljárást illető minden egyes kiváncsolom bennfoglaltatik, a miről ennek betekintése után könnyen meggyőződhetett volna.

Ad IV. felemlíti az előadó úr a rendszernek, de különösen a bordélyügyet szabályzó helyhatósági szabályrendeletnek hiányos voltát; szülő megengedi, hogy más országokban alkalmazásban levő egyik más rendszert *Marschallé* dr., valamint *Havas* dr. jobbnak talál, de nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a prostitúció rendezésénél első sorban az illető város sajátos helyi viszonyait veendő tekintetbe; és a mely rendszer az egyik városban megfelel és helyesnek mutatkozik, más városra éppenséggel nem alkalmazható, ott keresztül nem vihető, vagy éppen hátrányosnak bizonyul. Eppen a fővárosban alkalmazott rendszer és helyhatósági szabályrendelet Európa nagy városaiban alkalmazott különböző rendszerek közül egyike a legjobbaknak. Szólónak nagy megnyugvására és elégtételül szolgál, hogy szaktekintélyek rendszertükről és annak kezeléséről egyhangúlag igen elismerőleg, sőt dicsérőleg nyilatkoztak.

A rendszer egyik helytelen intézkedésének tulajdonítja az előadó, hogy a bárczás prostituáltak magukat a rendszeres vizsgálat alól a közegészségügy rovására gyakran kivonják; sok évi tapasztalat után mondhatja, hogy a prostituáltak csak a kórházról való felülvizsgálás kisérik meg magukat a rendszeres vizsgálat alól elvonni, de még ily esetek is csak nagy ritkán fordulnak elő, mert el nem kerülhető feljelentés esetén oly szigorúan lesznek megbüntetve, hogy inkább megjelennek a vizsgálatra, mint hogy a feljelentés esélyeinek és súlyos következményeinek tegyék ki magukat.

Felemlíti még előadó, hogy a betegnek találtak még a kórházba utaltatásuk után is terjesztik a ragályt, mert a vizsgálat után nem lesznek nyomban biztonságba helyezve; a kórházba utalt prostituált átvételi igazolványain a kórház felvételi irodája által igazoltatik, hogy az illető a beküldés napján tehát rövid időre a vizsgálat után felvételt, ezen átvételi igazolvány 24 órában belül, tehát még aznap a rendőrorvosnak kézbesítendő, a ki mulasztás esetén az illetőt további eljárás, illetve megbüntetés végett azonnal feljeleníti; szigorúbb és megfelelőbb ellenőrzést a személyes szabadságnak meg nem engedhető korlátozása és megsértése nélkül előadó sem hozhatna javaslatba.

A bordélyügyre vonatkozó helyhatósági szabályrendelet egyik helytelen intézkedése az előadó szerint az is, hogy a prostituáltak orvosi ellenőrzése hetenként két megállapított napon bizonyos megszabott órákban eszközöltetik és physikai lehetetlenségnek mondja, hogy ily intézkedés mellett a rendőrorvosok a vizsgálatot a kellő alaposággal ejtsék meg, annyival kevésbé, miután egyes rendőrorvosok 100 prostituálnál többet is vizsgál. Erre nézve megjegyzi, hogy a prostituáltak egészségrendőri ellenőrzését, melyet 1885-ig csak 7 rendőrorvos végzett, ma 14 rendőrorvos teljesíti, úgy hogy egy-egy orvos átlag 70-nél többet nem vizsgál. De nem szolgálhat hátrányul a szabályrendeletnek előadó által kifogásolt azon intézkedése sem, hogy a vizsgálatok bizonyos napokon és megszabott órákban végeztetnek, mert ez ugyan általánosságban ki van mondva, de nem zárja ki azt, hogy az illető rendőrorvos nagyobb elfoglaltsága esetén a prostituáltak egy részét a következő napon vizsgálja meg.

Osváth Albert: Azok után, melyeket Rózsaffy rendőrfőorvos elmondott, nagyon kevés a mondanivalója. Ha mégis felszólal, ezt azért teszi, mert megtámadva látja azt a testületet, melynek ő is szerény tagja, t. i. a rendőrorvosokat. Mindenekelőtt kételkedésért fejezi ki a felhozott statisztikák helyességében és azután elmondja, hogy azon két osztály körében, mely szeme előtt hivatalból megfordul, a veneria növekedését éppen nem tapasztalja. E két osztály a rendőrilag letartóztatottak és a kéjnök. Kerületében évenként 4-6000 a letartóztatottak száma; ezek közt venerikus megbetegedés volt 1885-ben 2-17%, 1886-ban 2-03%, 1893-ban 2-005%, 1894-be 1-5%. A kéjnökknél az apadást már Rózsaffy igazolta. Feltéve azonban, hogy igaz volna, miszerint a veneria nálunk terjed: ez csak azt bizonyítaná, hogy azoknak a nőknek a száma, kik orvosi vizsgálatok nélkül üzik mesterségüket, igen nagy. Mert azt csak nem hiszi el még a tapasztalatlan ember sem, annál kevésbé a szakértő, hogy a nyilvántartott kéjnök terjesztik leginkább a venerikus



bajokat. Ha a kórházakban ezek találtnak nagy számmal, az csak a vizsgálatok szigorúsága mellett bizonyít. Azt az egész világ tudja, hogy a veneria terjedésének kútforrása a titkos, nem pedig a nyilvános prostitúció.

Különben a veneria terjedését eléggé megmagyarázza a megszázasorodott forgalom, a nagy városi élet, az élvezetek után való mohó hajsz, a biblikus erkölcsök hanyatlása és maga az álcivilizáció.

De hát azt mondja az előadó Havas is, hogy a rendőrorvosok azért nem felelnek meg feladatuknak, mert nagyok a kerületek és nincs elég idejük a vizsgálatok elvégzésére. Lássuk, hogy áll-e dolog a valóságban. Kőbányán, Budán apró kerületek vannak és ottani kollégáink bizonyára a legnagyobb kényelemmel vizsgálhatják meg azt a 20–25 kéjnot, a ki kerületükben lakik. Ennélfogva bizonyosan aránylag több beteget kellene kórházba szállítaniok, mint a mennyi a tömegesebben lakott pesti kerületekből kerül ki. Pedig a legtöbb megbetegedett kéjnot a VI., VII. és VIII. kerületből küldi az orvos. A kis kerületekben megbetegedett kéjnot arányszáma 4.56%. A sűrűn lakott kerületekben 6.11%. Miért? Mert ott legnagyobb a megbetegedés lehetősége. A belváros pedig dacára annak, hogy a kéjnot egyik legkedvencebb tartózkodó helye, sokkal kisebb megbetegedési arányt mutat fel, mert az ott frequentáló publicum vagyonosabb, műveltebb, tisztább. Tehát nem az okozza a kéjnot nagyobb vagy kisebb számban kórházba küldetését, hogy a vizsgáló orvos többé vagy kevésbé van elfoglalva, hanem az, hogy milyen néposztály használja az ottani eleven árut.

A mi azon ellenvetést illeti, hogy nincs elég idő az orvosi vizsgálatra, felemlíti, hogy a szabályrendelet nem tiltja, hogy a munka két napra osztassék el. Különben gondoljuk csak meg, hogy hány diagnoszt csinál naponként a belső betegségek egy híres orvosa? Pedig azt csak elhiszi minden orvos, hogy egy-egy belső bántalom megállapítása s az ahhoz szükséges ordinatio hasonlíthatatlanul több időt vesz igénybe, mint egy kéjnot megvizsgálása, kit orvosa évenként 104-szer lát.

Azt is állítják, hogy nem észszerű az otthon való vizsgálat, hanem nyilvános helyen kellene az illetőket összegyűjteni. Ez minden esetre kényelmesebb volna a rendőrorvosra nézve, de azért mégis ellene nyilatkozik ennek, mert meg van győződve, hogy mennél nyilvánosabbá tétetik a kéjnot orvosi vizsgálata, annál kevesebb kéjnot fog bárczát venni, hanem titkossá lesz. A német szakférfiak nagy része is határozottan ellene van a nem otthon való vizsgálatnak. A mi a lakáson a világosság hiányát illeti, azt állítja, hogy e miatt a vizsgálat még sohasem szenvedett hiányt. A mikroszkopos vizsgálatot szükségtelennek tartja. A mi pedig végül a díjazást illeti, ma ki fizeti a vizsgáló orvost? Az, a kinek első sorban áll érdekében, hogy a kéjnot egészséges legyen: a ki a kéjnot használja. A kéjnot csak közvetíti a díjazást. Azt akarják, hogy az állam fizesse az orvost, mert azt mondják, a közegészség érdekében történik a vizsgálat. De akkor mi történik? Az állampénztár útján a kéjnotok és kéjnotok érdekében fizetik a vizsgáló orvost legnagyobb részben olyanok, kik erre semmiféle etikai alapon nem kötelezhetők: becsületes családapák, özvegyek, hajadonok stb. Minden esetre helyesebb, hogy az fizesse, kinek legelső sorban érdekében áll a kéjnot egészséges volta.

**Rákossy Béla:** Véleménye szerint előadó statisztikája nem megbízható; például felhossa, hogy a kerületi betegsegélyező pénztár venerikus betegségeinek számát előadó 15%-nak tüntette fel, holott az Friedrich szerint csak 4.6%. Az előadó statisztikájában felhosszott rendelő intézetek és kórházak évi veneriás megbetegedéseinek százaléka oly nagy ingadozásokat mutat, oly annyira a véletlentől függ, hogy ebből a veneriás megbetegedések szaporodására következtetni nem lehet. Előadó statisztikájából csupán egy tanulság vonható, és ez az, hogy valahányszor új ingyenes ambulatorium nyílik meg, a veneriás betegek azonnal meglepik; ebből az következik, hogy az ingyenes ambulatoriumok nem alkalmasak arra, hogy azoknak anyagából a veneria statisztikáját megállapíthassuk. Szólok azt hiszi, hogy egyedül a nagy kórházak volnának hivatva arra, hogy e kérdésben döntő szóval birjanak. S mit látunk a kórházakban? Azt, hogy a veneria százaléka az utolsó évben inkább csökkent. A helyőrségi kórházban a veneria gyarapodása 1885 óta az összes morbiditás gyarapodásának csak 5.3%-át teszi. Ha oly rohamosan terjed a syphilis, mint azt előadó mondja, akkor a congenitális syphilisnek is megfelelő progressiv arányt kellene mutatnia, már pedig a Stefánia-gyermekekórház kimutatása szerint a congenitális syphilis az utolsó évben 0.2%-kal fogyott. Előadó statisztikájából egyéb nem derül ki, mint az, hogy a veneriás bajok számaránya a többi betegségek arányához az utóbbi 10 évben hol szűkebb, hol kissé bővebb határok között ingadozott minden törvényszerűség nélkül, de olyan számbavehető progressiót nem mutat, hogy érdemes lenne arra, hogy előadó Neisser előtt minket prostituáljon. Török azon eredményéből, hogy rendkívül nagy a rendőri ellenőrzés alatt álló prostituáltak közt a veneriás betegséggel kórházba utaltak száma: csak az világlik ki, hogy a rendőrorvosok sikerrel teljesítik feladatukat, nem pedig az, hogy köteleességük teljesítésében hanyagok. A syphilis statisztikájának összeállításának nem szabad figyelmen kívül hagyni a kulturális fejlődés történetét sem, nemcsak a számokban, de leginkább az anyagban. Azon ellenvetéssel szemben, hogy a fizetés miatt sok leány a vizsgálat alól kivonja magát, szólok kijelenti, hogy ez nincs így, mert a leány inkább hajlandó arra a szemérmes vallomásra, hogy adós marad, semhogy a vizsgálat alól kivonás következményeinek tegye ki magát. A mi előadóknak a Mezey osztályán tett személyes tapasztalást illeti: be kellett volna bizonyítani, hogy az illetők tényleg bárczáz nők voltak, vagy nem olyanok-e, kiket a rendőrfőorvos első bejegyzésükkor utasított a kórházba; de különben a rendőrorvos is tévedhet, még az is, a ki jól

vizsgál. Helyesebb lett volna kitudni, ki a hibás s annak felelősségre vonása miatt lépéseket tenni, mintsem az egész rendőrorvosi testületet vádolni.

**Török Lajos.** Előadó statisztikáját hamisnak tartja, mert rossz módszerrel készült. Már több felszólaló kimutatta a statisztika hibás forrásait, utaltak arra, hogy egyes betegek különböző helyeken többször könyveltetnek el, hogy a recidivák és complicatiók, mint újabb megbetegedések szerepelnek, hogy a statisztikában igen sok vidéki eset is szerepel stb. De az előadó statisztikájából még arra sem lehet biztosan következtetni, hogy Budapesten a veneriás megbetegedések száma növekszik, hanem csak arra, hogy a kimutatható veneriás megbetegedések száma nagyobbodik, a mi pedig természetes következménye annak, hogy a nyilvános és ingyenes rendelések száma a fővárosban megszázasorodott. A munkásegyletben pl. azt tapasztalta szólok, hogy a mióta este és vasárnap is rendel, több veneriás jön rendelésre, de ebből nem következik, hogy a tagok közül most több betegszik meg venerikus bajban. Szólok saját statisztikája zárt körre, a munkásegyletnek körülbelül 40,000 tagjára vonatkozik, és biztosan kimutatja e 40,000 embernek minimális megbetegedési arányát venerikus bajokban. Budapesten még csak a kerületi betegsegélyező pénztárra vonatkozólag lehetne ily megbízható statisztikát készíteni. Az egyetemi hallgatók és a kereskedők betegsegélyező pénztárában a venerikus bajok hasonló arányban fordulnak elő. A prostitúció ellenőrzését azonban szólok sem tartja ki-elégítőnek, azt ugyan nem mondja, hogy az ellenőrző rendőrorvosok a venerikus bajokat nem ismerik fel, de nem ismerik fel mindig elég korán; a vizsgálatokat díjtalanul és a vizsgálatokra célzatosan berendezett helyiségekben kellene végezni. Osváth rendőrorvos a vizsgáló orvosoknak az állampénztárból való fizetése ellen azt hozta fel, hogy akkor a tisztességes családapák, hajadon és özvegy nők is fizetnék a vizsgálatokat, nem pedig csak azok, kik a prostituáltakat használják és a kiknek érdekében a vizsgálat történik.

Ezzel szemben hangsúlyozza szólok, hogy a prostituáltak pontos vizsgálata általános közérdek, mert a syphilis, mint tudjuk, nem csak per coitum terjed. A prostitúció állapotát, bár nem rosszabb, mint pl. Berlinben, nem tartja ugyan szólok kielégítőnek, még sem tartja észszerűnek ez ügyben bizottság kiküldését, mert ennek tényleges eredménye úgy sem lenne; számos külföldi congressus és tudományos társulat foglalkozott e kérdéssel; a brassói vándorgyűlés is kiküldött egy bizottságot, a nélkül, hogy az ügyet a gyakorlatban előbbre vitték volna. A gonococcus vizsgálatát a kéjnotknél szintén nem tartja szükségesnek, mert úgyis tudjuk, hogy majdnem minden kéjnotnál lehetne gonococcust találni. Neisser mozgalma ez iránt, nézete szerint nem annyira a hygiene, mint az általa felfedezett gonococcus érdekében történt.

**Jurkiny Emil.** A bujakór terjedésének okát nem a rendőrorvosi intézmény hiányosságában találja, hanem a titkos prostitúción. 13 év előtt kimutatta a bujakór terjedését az utolsó 10 évben bebizonyította, hogy csakis az ell. nörzés nélküli kéjnotok terjesztik a bujakórt, és a rendőrség figyelembe véve akkori felszólalását, megszorította a bejegyzett kéjnotok számát és üldözte a titkos prostitúciót. De most úgy látszik, a rendőrség erőlye tetemesen csökkent, mert a bujakór ismét terjedni kezd. Hogy a jelenlegi terjedését a bajnak megint csak a titkos prostitúció okozza, azt előadó számadataiból ki lehet magyarázni. Igen eclatans bizonyíték a katonabujakór terjedése; tudvalevő dolog, hogy a katonák nem a bejegyzett kéjnotoktól szerzik meg a bujakórt, hanem csak az ellenőrzés nélküli titkos prostituáltaktól. Szólok sajnálja, hogy előadó nem követte az ő methodusát, mert ha ő is külön mutatja ki a bujakóros férfiakat és külön a bujakóros nőket, a nőket ismét két nagy csoportra osztva, külön a bujakóros bejegyzett s bordélyházi kéjnotket és külön a hatósági engedéllyel nem bíró bujakóros nőket, akkor előadó is önkéntelenül arra a következtetésre jött volna, hogy a bujakór terjedésének főoka a titkos prostitúció. Feltűnő és sokatmondó jelenség a bujakór terjedése idejében az, hogy míg a kórházban ápolott bujakóros férfiak száma egyre emelkedik, addig a bujakóros nők száma csökkenést mutat. Ez a csökkenés attól a titkos kéjnottól származik, a kik kórházba nem küldetnek, mert nem ellenőrizhetők és a kik tehát folyton terjesztik a syphilist. A 70-es években és a 80-as évek elején a bujakór azért terjedt olyan szerfelett, mert a rendőrség szándékosan nem szaporította a bejegyzett kéjnotok számát, hogy minél több titkos, tehát orvosilag nem ellenőrzött kéjnot legyen, a kik azután egyes rendőrközegek zsarolásainak voltak kitéve. 13 év előtti felszólalása nem volt eredmény nélkül, hanem a bujakór tetemes apadását eredményezte. Mert a rendőrfőorvos felszólaló adatait és nézeteit magáévá téve, emlékiratot adott be a kormányhoz, a melynek ki-folyása az volt, hogy mindaz megtörtént, a mit javasolt. Szaporították a bejegyzett kéjnotok számát és üldözték a titkos prostitúciót. Az utolsó években azonban már nem üldözik elég erőlyesen a titkos prostitúciót, s innen van, hogy a bujakór megint terjed. Szólok nem vonja kétségbe, hogy a rendőrorvosi intézmény elégtelensége szerepet játszik a bujakór terjedésénél. Hiszen 1881-ben, midőn az egész főváros területén csak 241 bejegyzett kéjnot volt, 14 kerületi orvos vizsgálta meg ezt a 241-et és akkor is fordultak elő szabálytalanságok. Míg most az 1200 bejegyzett kéjnot szintén csak 14 rendőrorvos vizsgálja meg, tehát egy rendőrorvosra ötször annyi jut, mint 13 év előtt. A bordélyház egy médium, mely közvetíti az alacsonyrendűek bujakórját a jobb módúakkal. Ezt a médiumot lehetőleg immunisálni a rendőrorvosok feladata. Teljesen távol tartani a bujakórt a bordélyházaktól lehetetlen. De arra törekedni, hogy minél kevesebb megbetegedés forduljon elő a bordélyházi kéjnotok közvetítésével, az megint a rendőrség feladata. A titkos prostitúció fészkeit felkeresni, szóval mindent elkövetni, kiméletlen szigorral és erőly-



lyel, hogy a bujakór, a bordélyházakba ne vitessék, az a rendőrség hatásköre.

Mert akárminő pontos és lelkiismeretes a rendőrorvosi vizsgálat, addig a míg a baj *gyökerénél* fogva nincsen kiirtva, a míg a titkos prostitúció burjánzik, addig a bujakór mindig terjedni fog a fővárosban.

Szóló áttér erre az előadó által bemutatott feltűnő nagy számadatokra. Szerinte azok nem bizonyítanak sokat, mert míg a 70-es években ambulanciák nem léteztek bujakórosok részére, most van olyan 20 is. A bujakóros férfiak azelőtt a magánorvosok rendelkezéseire jártak, most a sok nyilvános rendelőintézetekbe özönlenek.

Ezek a rengeteg számok csak az orvosok jüvedelmi deficitjét mutatják ki, más nem. Azért kéri szóló az előadót, hogy adatait külföldi lapokban is közölni fogja, úgy hazafiassági és méltányossági okoknál fogva, magyarázza meg egyszersmind a külföldi publikumnak, hogy honnan erednek ezek a rengeteg számok, hogy ezek nem a bujakór nagy mértékben való elterjedését, hanem csak azt bizonyítják, hogy a sok rendelőintézet magához vonja az anyagot a magánorvosoktól.

Reiner Ede. Kétféle statisztikát hallottunk, az egyik az előadóé, mely bennünket az európai nagy városok között a venerikus bántalmak tekintetében első helyre állít és ázsiai állapotokról beszél, a másik ezzel ellenkező, a mely egész normalis viszonyokról hoz statisztikai adatokat.

E két statisztika között van a középút és ez igazán megegyezik igen sok főorvosi kartársnak véleményével, ki magánpraxisában a venerikus bántalmak terjedését constatalja, mely úgy a bárczás kórházgyekek, mint a magánkórházak útján, körülbelül egyenlő arányú.

Kétségtelen tény, hogy 1881-ben, a mikor a mai rendszerre vonatkozó szabályrendelet elkészült, nem volt a fővárosnak  $\frac{1}{2}$  milliót meghaladó lakossága, és ha akkor elég volt, úgy ma nem elég prostitúciót ellenőrző orvosok száma. Számokat meg kell gyarapítani, különös tekintettel a millennium alkalmával a fővárosba tóduló férfiak és prostituáltak nagy számára, hogy úgy a jelenlegi, mint a naprólnapra szaporodó fővárosi lakosság igényeinek megfeleljen. Megfontolandónak tartja, hogy a vizsgálat mindkét nemre kiterjesztessék, oly bordélyházakban, hol a műveltség legalacsonyabb fokán állók, nem ismervén a nemi bajokat, a legvirulensebb gonorrhoeával és bujakóros bántalmakkal, újra meg újra inficiálják a kórházgyekek és ezek az utána jövő férfiakat, addig is, míg a hetenként kétszer vizsgáló orvos felismerheti a bántalmat.

Szegény kórházgyekek kórházakban, hetenként kétszer a nyilvánosság kizárásával ingyen vizsgálándók. A vizsgálat eredménye könyvecsékbe beirandó.

A titkos kórházgyekek közvetítő kerítőnők üzelmeire, az orpneumok, vidéki szállodák, csavargó helynélküli cselédekre különösen felhívja a rendőrség figyelmét.

A vizsgálat díjtalan legyen, mert van olyan magánbárczás, ki megugrik hazulról, mert nincs pénze a vizsgálatért fizetni. Mivel több coitust kénytelen végezni, annál kevesebb időt fordíthat a tisztálkodásra és annál könnyebben inficiál.

Schwimmer Ernő: Az orvosegyesület figyelmét főleg egy oly intézkedésre óhajtja felhívni, melylyel nemcsak a prostitúció ellenőrzésének javítását, hanem egyáltalában a venerikus bántalmak terjedésének csökkentését lehetne elérni: s ez, a bőr- és bujakórban tanításának kötelezővé tétele az orvosnövendékekre nézve. A rendszer, mely szerint Budapesten a prostitúció ellenőrzetik és melyet itt megtámadtak, nem rossz, sőt e tekintetben sokkal jobbak a mi viszonyaink, mint például Angliában, Belgiumban, Francia- és Olaszországban; de általában véve hiányosak a mi orvosaink ismeretei a bőr- és bujakórban, mert az orvosnövendékek ezen, olyannyira fontos tárgynak hallgatására nem kötelesek s abból nem is vizsgáznak. A tisztí orvosi vizsgálatot is, oly fonák módon rendezték, hogy a bőr- és bujakórban benne nem szerepel. Hiba az is, hogy a rendőrorvosi állásokra nálunk soha sem hirdetnek pályázatot, és ezen állásokat nem a szakképzettség, hanem tisztán protectio alapján töltik be. Szóló nem ért egyet Török dr.-ral abban, hogy ez ügyben ne tegyünk semmit, hanem indítványozza: küldjön ki az orvosegyesület egy 5—6 specialitából álló bizottságot, melynek tagjai között egy rendőrorvos is legyen, azon megbeszéléssel, hogy az orvosegyesület által ez ügyben teendő további lépések iránt javaslatot dolgozzon ki.

Morelli Károly: Még 1880-ban felhívta Navratil tanár figyelmét arra, hogy a bujakórosok száma a gégészeti osztályon évről évre szaporodik, így főleg szóló ajánlatára fel lett hívva a figyelem a cselédekre és nem prostituáltakra, kik legnagyobb százalékát mutatták a megbetegedésnek. Ez alapon Navratil tanár, a belügyminiszterhez fölterjesztést intézett a bujakór terjedésének megállítására ügyében. De a memorandum eredménye csak az volt, hogy az akkori belügyminiszter a törvényhatóságot egy leiratban arra utasította, hogy a közönség figyelmét a bujakór terjedésére felhívja, és hogy a náluk szolgálatban levő egyéneket szigorúan ellenőrizze.

Szóló Schwimmer tanár javaslatához hozzájárul és csak arra kéri az orvosegyesületet, hogy a bizottságba specialista száj- és gégeorvos is küldjön ki, tekintettel arra, hogy a lues tünetei igen sokszor épen csak a száj- és gégegyékhardtán vannak jelen s így terjesztik ez úton tovább — a legnagyobb mértékben, egyes családoknál épen a cselédek — a bujakórt.

Kőrösi József: Minthogy majdnem az összes felszólalók kifogásolták Marschalkó statisztikájának hitelességét, újból hangsúlyozza erre vonatkozó nézeteit. Tekintettel arra, hogy a bujakóros megbetegedések bejelentési kényszer alá nem esnek, lehetetlenség pontos morbiditási statisztika készítése, de előadó statisztikájából levont a következőket, hogy Budapesten a venerikus bántalmak terjednek és sürdűbben fordulnak

elő mint pl. Bécsben, mégis biztosnak vehető, mert a statisztika fölémelt hiba forrásait ellensúlyozza az a körülmény, hogy e hibák évről évre ismétlődnek és péld. Bécsben épúgy fenforognak. Támogatja előadó következtetését az a körülmény is, hogy a statisztikájába fölvetett minden egyes intézet adataiból ugyanezt a conclusiót lehet levonni. A venerikus bántalmak terjedéseért nem lehet ugyan kizárólag a rendőrorvosokat felelőssé tenni, de azt, távol minden személyes vonatkozástól ki kell mondania, hogy ha már nagy városokban a bujakóros megbetegedések arányszámát le lehetett szállítani, úgy ennek Budapesten is lehetségesnek kell lennie, és ha ez Budapesten eddig nem sikerült, úgy a prostitúció ellenőrzésének rendszerét is okolni kell ezért és egyrészt ennek megjavítására kell törekednünk, másrészt a titkos prostitúció elnyomására is nagyobb gondot kell fordítani.

Török Lajos: Szavai félreértetvén, kijelenti, hogy csak azt mondta, hogy bizottság kiküldését nem tartja célszerűnek, de azért nem mondta, hogy e téren nincs mit tenni, hiszen ha ezt hinné, nem írt volna mostanában e czikkét e tárgyról.

Marschalkó Tamás: Szóló egy — társadalmi és közegézségi szempontból orvosi fontosságú kérdésre hívta fel az orvosegyesület — és ezt hangsúlyozza, csakis az orvosegyesület, mint tudományos testület figyelmét, hogy vegye bírálat és latolgatás alá állítása helyességét, hogy az esetben, ha azok helyeseknek bizonyultak és a dolog megfontolása arra vezet, hogy ezen állapotokon segíteni viszonyaink megengedik, böles belátása szerint intézkedjék is e tekintetben.

Miután pedig maga az ügy itt éles támadásoknak volt kitéve egyes felszólalók részéről: kötelessége annak érdekében lehetőleg mindent elmondani, a mit annak védelmére felhozhat.

Előadásában három főbb pontra hívta fel a figyelmet: 1. hogy a venerikus bántalmak Budapesten nagyfokú terjedést mutatnak; 2. hogy a prostitúció ellenőrzésének mostani rendszere tarthatatlan, ennél fogva, maga az ellenőrzés is nemcsak laza, hanem határozottan rossz, és 3. hogy ennél fogva az első pont legfőbb és legkézzelfoghatóbb oka a másodikban rejlik.

Könnnyű az igazságot megvédelmezni, ezen ügy pedig igazságos; hisz a helyeslésnek azon megnyilatkozása, melylyel előadását megjutalmazták, bizonyítja, hogy mindnyájan érezték szükségét annak, hogy ezen állapotokat valaki szóba hozza; hogy előadó tulajdonkép, csak az orvosi közvélemény legalább is nagyobb részének szószólója, tolmácsolója volt.

Még előadása alkalmával kijelenté, hogy munkáját minden utógondolat nélkül, tisztán tudományos szempontból kezdte meg s meggyőződése, hogy a prostitúció ügyének bírálásában nem volt igaztalan; hivatkozik az előadásán jelen volt kartársak pártatlan ítéletére, hogy minden személyeskedést került annál is inkább, mert egészen nyíltan kijelentette, hogy nem személyeket, hanem magát a korhadt-rendszert akarja támadni; kerülte annál is inkább, mert hisz azt is nyíltan kijelentette, hogy a mostani rendszer mellett a rendőrorvos a legjobb akarat és legnagyobb ügybuzgalom mellett sem lehet azon helyzetben, hogy csak közepes vizsgálatokat is végezhesen.

Előadása tehát nem a rendőrorvosok személye ellen irányult és igyekezett is a személyes ódiomot, a mely az ilyen dolgokhoz a tárgy természeténél fogva mindig tapad, magáról lehetőleg elhárítani.

Azt is kijelentette, hogy a mennyiben ezen dolgok mégis személyi érdekeket érintenek azt sajnálja; ezt most is készséggel megteszi, ennél tovább azonban nem mehet.

Állításait ma is határozottan fentartja, hisz kijelentette azt is, hogy nem tudja és nem feladata vizsgálni, vajjon azon szomorú állapotokért, a melyeket a prostitúció ellenőrzése körül leírt, terhel-e valakit személyes felelősség, mert hisz tényleg a rendszer rosszassága egy maga is elégséges, hogy azokat megmagyarázhassuk, s a melyek nézete szerint, egy magukban képesek teljesen paralizálni a kéjűk orvosrendőri vizsgálatának propylaktikus értékét.

Ezáltal elesik azon szemrehányás is, melylyel Róna kartárs illette, a ki azt mondja, hogy bár tény az, hogy a Budapestben bejegyzett és ellenőrzött kéjűk okozzák a legfőbb infectiót, hogy a mostani vizsgálati rendszer rossz és okellenlül javítandó, és bár nem akarja tagadni, hogy a kéjűk vizsgálata körül egyes mulasztások ne fordulnának elő; de tagadja, hogy ennek csupán az ellenőrző rendőrorvosok az okai. Róna tehát olyant tagad, mit előadó nem állított, a mit tagadni tehát nem szükséges.

Róna azt igyekezett bizonyítani, hogy a syphilis az utóbbi időben inkább csökkent, mint növekedett, de ezen okoskodásból hiányzik a logikai láncszem, mert ha ez így van, akkor miután a prostitúció orvosi ellenőrzésének az egyedüli főczélja ebben rejlik, akkor az a rendszer és ellenőrzés jó és azon változtatni nem szabad.

A mi előadása statisztikai részét illeti, előre is kijelentette, hogy abszolút értékű és teljesen megbízható statisztikák sehol sem léteznek, mert egy ilyet összeállítani egyáltalában lehetetlenség, hisz ő maga hangsúlyozta, hogy az ő statisztikája is hibás, és csak megközelítő értékű; a hibásra maga hívta fel a figyelmet, s itt voltak 4 hétig kifüggesztve, hogy mindenki beletekinthesen, nehogy azt mondják, hogy ő azt a kritika alól ki akarta vonni. És igen hálás azon kartársnak, a kik a statisztikájába belekerült hibákra figyelmeztették, mert így azokat tekintetbe fogja vehetni a táblázatok kijavításánál: így pl. Friedrichnek, bár az általa említett hibaforrás a statisztikája eredményén nem változtat semmit, mert hisz Friedrich maga mondta, hogy a kerületi betegsegélyező pénztár venerikus betegeinek összes száma tényleg sokkal nagyobb mint azt előadó 4 kartárs adatai alapján feltűntette.



De oly szakavatott felszólalás után, mint Kőrösi-é, feleslegesnek tartja mindazon érvek részletes cáfolatába bocsátkozni, a melyeket statistikája bizonyító ereje ellen többen felhoztak, azt akarja megjegyezni, hogy a vita, mely a statistika körül forgott, jó részt nem volt egyéb üres szalmacséplésnél. Mert nem arról van szó, vajjon ezen számok pontosan fejezik-e ki a venerikus bántalmak emelkedését, hanem a fűdolog az, vajjon tényleg emelkednek-e relative is azok, s még ha felvesszük is, hogy az emelkedés 50%-a hibaforráson alapszik, még akkor is mindig nagyfokú emelkedés marad vissza és hogy a venerikus bántalmak Budapesten terjedőben vannak, azt azon kartársak egy része is hangsúlyozta, a kik a statistikát támadták. A mi a külföldi állapotot illeti, csak a katonaságra fektetett szülő súlyt, mert az *Blaschkóndi* is hivatalos adatokból készült, s azt mondta szülő, hogy nem hiszi, miszerint modern kulturállamban még valahol a mieinknél rosszabb állapotok léteznek, s ezt most is fentartja.

De ha tényleg léteznek is — kérdi szülő — szabad-e ebben keresnünk vizsgálatot? Hisz minket első sorban a mi saját állapotaink érdekelnének, nem pedig a külföld.

Itt megjegyzi, hogy előadása egyáltalán nem volt a külföld számára szánva és szülő csak a statisztikai adatok egy részét szánta *Neissernek*, a ki azt a bórdélyrendszer mellett akarta érvényesíteni; így-kezni fog azonban szülő odahatni, hogy még ezen adatok se jussanak a külföldi sajtóba. *Rózsaffynak* pedig megjegyzi szülő, hogy előadása igenis fog megjelenni, még pedig legközelebb s egész terjedelmében.

Előadása második része ellen, hogy t. i. a baj egyik főoka a rendszerben és az ellenőrzésben keresendő, szülő döntő érveket nemcsak, hogy nem hallott, de sőt a felszólalók nagyobb része ez állítást még meg is erősítette. Ezt különösen *Rózsaffyval* szemben hangsúlyozza, a ki úgy tünteti fel a dolgot, mintha csak előző és Havas nem lennének a rendszerrel megelégedve, a melynek megvédésére különben *Rózsaffy* sem tud más felhozni, mint a tavalyi kongresszus alkalmával pár napig itt időzött külföldi tudósok elismerő nyilatkozatait, a miket előadó annál kevésbbé vehet komolyan, mert pár napi itt tartózkodás után a rendszer gyakorlati értékéről ítéletet mondani nem lehet. Hogy pedig a venerikus bántalmak terjedésének okául a titkos prostitutiót hozzák fel, előre tudja, mert hisz valahányszor a nyilvános prostitutio ellenőrzésének rendszerét, magát az ellenőrzést támadják és arra akarják bírni az illetékes tényezőket, hogy vállalják el legalább a bajnak egy — a regisztrált prostitutióra eső részét, mindig kéznél van a titkos prostitutio, ez a 100 szemű szűrnyeteg, a melynek azután az egész bajt magára kell vállalni; igen kényelmes módszer, annál inkább, mert azt ellenőrizni nem lehet; de hisz előadó sem állította, hogy a baj egyedüli, hanem csak hogy egy főoka van a nyilvános prostitutióban.

Hogy pedig a titkos prostitutio legalább is oly mértékben terjeszti a veneriát, mint a nyilvános, ez körülbelül ugyanazt mondja, a mit szülő, és egészen közelfekvő dolog, hogy, ha a nyilvános prostitutio ellenőrzése rossz, akkor, miután annak kihasználása mégis aránytalanul a legnagyobb, a venerikus bántalmak terjedésének főoka is ebben rejlik, s az is egészen természetes, hogy mielőtt tovább megyünk és a baj okait más, messzebb fekvő és nehezebben található okokban keresnők, először is azon kell segíteni, a mi előttünk van, a minek az ellenőrzése a kezünk között van, t. i. a regisztrált prostitutio állapotán.

A kéjneknek saját lakásukon való vizsgálata annak prophylaktikus értékét teljesen illuzoriussá teszi; ezt minden körülmények közt fenntartja szülő, s biztosan tudja, hogy a szakemberek óriási többsége szülő mellett van.

Hogy a kórházba küldött nyilvános kéjnök nagy száma a rendszer, az ellenőrzés rossz volta mellett tanuskodnék, azt nem állította szülő, hanem azt az állapotot kifogásolta, hogy a kórházba került kéjnök gyakran későn úgynevezett „elhanyagolt állapotban” kerülnek a kórházba. És ha előadó a nyilvános prostitutio ellenőrzésének tarthatatlan rendszerét javítani, magát az ellenőrzést szigorítani szeretné, ha azt óhajtaná, hogy ilyen u. n. „elhanyagolt” esetek ezentúl csak az emberi gyarlóság folyományaként fordulhassanak elő, a mire *Osváth* hivatkozott, és a mire mindnyájan mindig tekintettel leszünk, mert hisz mindnyájan emberek és gyarlók vagyunk: de ne ismétlődhesse-nek egy korhadt és rossz rendszer folyományaként olyan gyakran: ha előadó ezt célozta előadásával; úgy ezt neki kartársai közül senki, még a rendőr-orvosok sem vehetik rossz néven.

Hogy loyális volt-e eljárása vagy sem, azt nem kutatja, bizonyos célokat sem keresett, csupán az igazság keresését tűzte ki célul, s úgy hitte, ez kötelessége.

Most pedig teljes megnyugvással teszi az ügyet az orvosegylet kezébe, mely tudni fogja az alkalmas módot megválasztani ezen állapotok sanálására.

### A budapesti „végleges” vízmű kiépítése.

A főváros közönsége, hosszas halogatás után, a mely időt sajnos épenséggel nem használták ki alapos tanulmányokra, a fenyegető epidemia nyomása alatt 1892-ben elhatározta, hogy Ujpest (Káposztás-Megyer) és Dunakeszi között a Duna partján épített kúttalakkal gyűjti a főváros vizét — s ez lesz a „végleges vízmű”. E partról állították, hogy képes naponta 240—250.000 köbméter vizet szolgáltatni, a mi, fejenként és

naponként 250 litert számítva elég lesz a fővárosnak, a míg népessége egy millióra szaporodik. A szűrőkutak kiépítését több csoportban kezdték meg. Az első csoport Ujpest közvetlen szomszédságában épített 4 kútból állott; ezt követte a második, amazzal szemben, egy kicsiny, kopár szigeten. A harmadik csoport kiépítését most tervezi a főváros. Erről szól *Lechner Lajos* középítési igazgató és *Kajlinger Mihály* főmérnök tervezete, melyből a következőket vonjuk ki:

#### I. A víznyerés helye és módja.

A víznyerés helye a Duna partján elterülő kavicsmedence, a mely a főteleptől circa 2500 méterrel felfelé a Löwy-féle téglagyár közvetlen szomszédságában terül el.

A kavics-medence teljes megismerése céljából 73 próbafúrás történt, melynek segítségével elkészülhettek a talaj hossz- és keresztmetszései s a pontos rétegterv.

Mint ezen bemutatott tervek elárulják a medence a Duna 0 pontja alatt — 3—4 méter mélységtől egészen — 6—8 méter változó mélységig s circa 1000 méter hosszban teljesen önálló, vagyis körülzárt s így betorkoló földalatti forrás- vagy folyam-medrektől ment víztartó.

Területét tekintve tekintélyes vízmennyiség raktározására nem alkalmas, figyelemmel azonban hosszára és mélységére, úgy a parti oldalról jövő talajvizek, mint a *Dunamederben* mozgó szűrt folyamvíz összegyűjtésére kitűnően felhasználható.

#### II. A víznek minősége.

A leírt területen 7 kút helye jelöltetett ki, s miután a létesítendő mű első sorban közegézésügyi szolgálatokat van hivatva teljesíteni, a kutak helyeiről vett vizeket úgy vegyi, mint bakteriologiai szempontokból megvizsgáltattuk.

Mint az ide vonatkozó vizsgálatok és jelentések bizonyítják, az ezen pontokon nyerhető víz a rothadás termékeitől teljesen mentes, kemény dolomitos forrásvíznek jellegét mutatja s mint ilyen egészségi szempontból olyannak tekinthető, mely a szigorúbb követelményeknek is megfelel.

Az 50., 43., 38., 35. számú fúrlyukakból vett vizek 0.4 milligrammtól (egy literben) 0.9 milligrammig vastartalmúak voltak, mely csekély mennyiség azonban nem támaszthat aggodalmakat, mert a víz egyrészt meg nem zavarodik tőle, másrészt pedig a folytonos szivattyúzás alatt a réteg kimosása s így még a vastartalom csökkenése is remélhető.

Mint a mellékelt vizsgálati jelentés tanúsítja, bakteriologiai szempontból a vizek szintén igen jóknak mondhatók, mert a fajok száma csekély és ártalmatlan.

A hét fúrlyukból vett vízpróbák egy köbcentiméterében 63 volt a csírok maximális mennyisége, öt fajjal és

7 volt a csírok minimális száma, két fajjal.

A közölt vizsgálatok alapján a felső kavics-medencéből nyerhető vizeket tehát kitűnőeknek mondhatjuk s ezért a medence kiaknázását méltán hozhatjuk javaslatba.

#### III. A vízmennyiség.

A víznyerő rendszer megállapításakor a nyerhető vízmennyiségre is kell következtetést vonnunk.

Az üzemben lévő négy kút már előzőleg ismerttetett jó kihasználási fokával, de nagy ellentállásával, az elmúlt száraz esztendő nyarán, közép + 2.00 méter emelkedő Duna-vízállástól kezdve + 1.40 méter apadó Duna-vízállásig, tehát már alacsony nyári víz mellett is, állandóan megadta a 30—33,000 köbméter naponkénti vízmennyiséget.

Ezen vízmennyiség most a tél folyamán a Duna 0 víz-állásáig fokozatosan 20,000 köbméterre süllyedt.

Figyelembe véve a kutak 1.00 m., egészen 2.00 méter, sőt ezt is meghaladó ellentállásait, következtethetünk arra, hogy ha ezen nagy ellentállásokat eltüntetjük vagy csökkentjük, akkor ugyanazon Duna-vízállások és ugyanazon kútvíz-állások mellett sokkal több vizet fogunk termelhetni, vagy ugyanazon Duna-vízállások mellett ugyanazon vízmennyiséget sokkal magasabb kútvízállásoknál fogjuk megnyerni.

Miután pedig a jelenleg szóban lévő felső kavics-medence kiaknázására szolgáló kútrendszert nagyobb hasznosítási fokra



s csekély kútellentállásokra terveztük s miután továbbá ezen medence szűrőrétege az alsó medencéjénél sokkal mélyebb és nem rosszabb minőségű, bátran következtethetünk arra, hogy az építendő hét kút a Duna középvízállásainál 60,000 köbméter vízmennyiséget, a Duna 0 vízállásánál pedig 40—45 ezer köbméter vízmennyiséget fog szolgáltatni.

A tényleges depresszió valószínűleg nagyobb lesz valamivel, mert a kihasználható medence-hossz rövidebb az alsó medence kétszeresénél.

Ez alkalommal nem mulaszthatjuk el, hogy a káposztás-megyeri végleges jellegű vízmű szállítóképességét illetőleg számos helyen hangzottatott kedvezőtlen véleményekre felvilágosítással ne szolgáljunk s ezen nagyfontosságú mű feladatát s a tőle várt teljesítményt határozott alakban ki ne fejezzük.

Az általános csőhálózat megállapítására kiküldött vegyes bizottság javaslata alapján már elfogadtattott az, hogy Budapest lakosaira naponként és fejenként fölötté nagynak mondható 250 liter maximális vízmennyiség irányoztatik elő s így a káposztás-megyeri 240—250 ezer napi szállításra contemplált végleges jellegű vízmű a székes-fővárost egy millió lakos számig el fogja látni vízzel.

Miután a fejenként megállapított mennyiség maximális, következtethetünk arra, hogy ezen mennyiségnek a maximális fogyasztás idején, tehát a nyár folyamán kell rendelkezésre állani s elegendőnek lenni, a mint az tényleg elegendő is s következtethetünk végül arra is, hogy egy ilyen vízműnek nem az a sarkalatos tétele, hogy a maximális szükséglet minden alkalommal, hanem hogy azt a maximális fogyasztás idején szolgáltatassa s a tényleges fogyasztást képes legyen minden időszakban kielégíteni.

Egy folyam által befolyásolt szűrőréteg víztermelésénél — milyen a káposztás-megyeri vízmű is — a kritikus két időszak a nyár és a tél, mert nyáron közepes vízállások mellett a legnagyobb vízmennyiséget, télen pedig igaz, hogy közel a legkisebb vízmennyiséget kell szolgáltatnia, de a legalacsonyabb Duna-vízállások mellett.

Miután a fővárosban télvíz idején circa 35%-kal kevesebb a fogyasztás, mint nyáron, következik, hogy a vízmű már akkor megfelel hivatásának, ha nyáron a maximumot s télen az említett százalékkal kevesebbet képes termelni.

Ezen feltételnek pedig a káposztás-megyeri vízmű eddig üzemből levő része megfelel s így ezt rossznak vagy tökéletlennek jogosan senki sem mondhatja.

A miért a kritikus két időszakban több víz is elkelne s a miért a fővárosnak még nem minden lakója kap vizet, annak nem a megyeri vízmű már működő részének tökéletlensége az oka, hanem hogy a fővárosnak az eddig kiépített rész még kevés.

Ezért kell azt tovább fejleszteni s ezért kell azt végleges nagyságában lehető rövid idő alatt létesíteni.

A tervezet többi része a kutak szerkezetére, a gépekre stb. tisztán technikai dolgokra vonatkozik. A mint a jelentésből kitűnik, a „végleges” vízmű ezen szakaszának kiépítésével a főváros körülbelül 120,000 köbméter vizet kaphat naponta az újpesti (káposztás-megyeri vízműből, még pedig túlnyomóan természetesen szűrt folyóvizet.

E vízműnek hiányait annak idején fejtegettük Ma is az a véleményünk róla, ami akkor volt: hogy t. i. csakis az a kényszerhelyzet, a melyben a főváros a kitörőben levő kolerával szemben volt, menti ki ezt a művet. A kinek a lakásában tűz üt ki, s elaluszsa az időt, a melyben még lépcsőn menekedhetne, az kénytelen esetleg az ablakon kiugorni, habár tagjai épségét veszélyeztet is. A dolgok mai állásánál bele kell nyugodnunk a vízműbe, sőt sürgetnünk kell annak gyors tovább építését.

A főváros vízmű-bizottságában megvitatták a továbbépítés tervezetét. Közegészségi szempontból több pontra voltak figyelemmel. Így fölmerült az a kérdés, vajjon a Duna partja képes lesz-e valóban az ígért 240 ezer köbméternyi vizet szolgáltatni. A technikai szakértők ezt valószínűnek tartják, ámbár a partterület talajviszonyai a további vízgyűjtésre kedvezőtlenebbek, mint eddig voltak. Azzal vigasztalnak, hogy még egy dunai sziget van a közelben, a hol esetleg, úgy

mint az Újpest mellett fekvő szigeten, szűrőkútakat lehet építeni, természetesen folyóvíz gyűjtésére.

A bizottság javasolja továbbá, hogy a most tervezett kutak helyén fekvő Löwy-féle téglagyár távolíttassék el, nehogy a munkások ottan a talajt befertőzzék, — úgyszintén javasolja, hogy a géptelep hivatalnokainak és munkásainak árnyékszékeit ne írítsék csatornával a Dunába (tehát a kútak szomszédságába), hanem készítsenek számukra tőzegárnyékszékeket. Fodor.

## KÖZEGÉSZSÉGÜGY.

A Hong-Kongban dühöngött pestis tanulmányozására a francia kormány megbízásából Yersin lett kiküldve, a ki a járványról beterjesztett jelentésének elején azon hajmeresztő lakásvizonyokat írja le, melyekben Hong-Kong szegény néposztálya, s kivált a kínaiak színlődnék, a kik közül a járvány is a legtöbb áldozatot szedett. A betegségben a kórházban, tehát legjobban ápoltak közül 95% halt meg; a baj lappangási szakja 4 $\frac{1}{2}$ —6 nap, mely után rendkívül erős láz és mirigydagadat áll be. Általában csak egy, még pedig a lágyékmirigy dagad meg, a mely kedvező lefolyásnál elgenyed; azonban a legtöbb esetben már a második napon, sőt korábban is elhal a beteg. A mirigyben számos, vastag, leggömbölyödött végű bacillus található, melynek belsejében megfestés után egyes világosabb hely, körülötte pedig néha koesonyás tok mutatkozik. Grám szerint nem festhetők, s a vérben csak ritkán találhatók. Szilárd tenyésztő anyagokon költő kemenczében fehér, átlátszó, íriszáló hártyát képeznek; bouillonban, mely különben tiszta marad, olyformán szaporodik, mint a streptococcus erysipelatis. Agaron apró coloniák képződnek, azonban virulentiájukat csakhamar elvesztik. A virulensbacillusok megölik a tengeri malacot, a patkányt és egeret úgy per os, mint subcutane 1—4 nap alatt, melyek vére és szerveiből újra kimutathatók. Patkányoknál néha jellegző bubo fejlődik. A járvány kezdetén és tetőpontján rendkívül sok döglött patkány hevert szanaszét az utcákon és lakásokban; kétségtelen, hogy ezek is segítették a fertőző anyag terjesztését. Éppen így terjesztették a betegséget a legyek is; Yersin laboratóriumában, a hol a kísérleti állatokat boncolta, sok döglött legyet talált. Ezek közül egyet vízzel szétörzsölt, azután tengeri malacba oltott. Az pestisben elpusztult s a jellegző microorganismus szerveiben nagy számmal volt kimutatható. Virulentiáját részben elvesztett tenyészetekkel pár állatot a pestis iránt immunná sikerült tennie. (Ann. de l'Inst. Pasteur 1894, 662. l.) R.

Az országos közegészségügyi egyesület a folyó évben számos felolvasó ülést tartott, melyeken négy rendkívül fontos és aktuális ügy, t. i. a lelencügy, a tornatanításügy és az iskolai fürdők, végre alkoholizmus lett minden oldalról megvilágítva. Az elsővel három felolvasó foglalkozott: Erőss Gyula dr., a ki „Az elhagyott gyermekek ügyét”, Faragó Gyula dr., a ki „Az elhagyott gyermekek ügyének forrását” ismertette, végre Kanócz István miniszter. tanácsos, a ki „Az elhagyott gyermekekről” tartott előadást. A tornatanításügygel négy érdekes előadás foglalkozott, és pedig Korotnay Árpád dr.-é, a ki „Az iskolai tornázás és a ragályos betegségek”, Sümegi József dr.-é, a ki „Gyöngye és beteges testalkotású iskolás gyermekek tornáztatásáról”, Ottó József dr.-é, a ki „A tornaoktatás reformjáról”, és Maurer Jánosé, a ki „Észrevételek a tornaoktatás reformjára” című értekezéseikben a tárgy egész anyagát kimerítették. Az iskolai fürdőkről Juba Adolf dr. mondott el sok érdekeset „Az iskolai és internátusi fürdők” című előadásában. Az alkoholizmust két előadás tárgyalta, melyek közül az első Szilágyi Gyula dr. tartotta a „Szeszmonopolium”-ról, a másodikat pedig Ötvös dr. „Az iszákosság okai és az ellene való védekezésről”. Minden előadáshoz rendkívül élénk eszmecsere fűződött, melyek úgy tanulságos, mint tudományos és érdekes voltuknál fogva méltán nagy figyelmet érdemelnek, és pedig annál is inkább, mert eddigelé csupán ezen egy egyesület létezik az országban, a mely az egészségügynek éppen legaktuálisabb és legfontosabb részeit a leghivatottabb szakértőkkel tárgyalatja a nagy közönségnek is érthető alakban. A nemes cél, s az annak elérésére fordított nagy és önzetlen fáradság bizonyára nagyobb érdeklődést érdemelnek, mint a milyenben úgy a nagy közönség, mint a szaktársak az egyesületet részesítik. R.



# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KÖZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÓGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### Rákos gége teljes kiirtása. Ezüst műgége alkalmazása.<sup>1</sup>

Herczel Manó dr., közkórházi rendelő főorvos, heidelbergi egyetemi m.-tanártól.

Rövid ötnegyed év alatt három ízben volt alkalmam a gégeének rákos megbetegedése miatt annak teljes kiirtását végezni. Az előbbi esetekben szerzett tapasztalatok lényegesen megkönnyítették a műtői eljárást és biztosabbá tették annak sikerét. Nevezetesen a garat elzárásának tökéletessége képezte itt a punctum salienst, mert ennek tökéletes kivihetősége a sikernek biztosítékát képezi.

Első esetemben (Orvosi Hetilap 1893. 47—49. sz.) úgy mint Billroth és Bardenheuer a garat széleit váltakozó catgut- és selyemvarratokkal egyesítettem, úgy hogy az epiglottis alatt egy krajczárnyi nyílás maradt, de műtét után 6—7-ed napra a garatvarrat teljesen szétvált, az ismételt bevarrásnál pedig az öltések ismét átvágtak. Jóval később secundaer plastikát kellett végezni, mire a beteg meggyógyult. Második esetemben már kétsoros finom selyemvarratot alkalmaztam, a garatot teljesen elzártam és így biztosítottam a sebgyógyulást. Ez esetben azonban a garat válaszfalának két helyén valószínűleg a gaze-tömesz nyomása folytán finom decubitus nyílások támadtak. Legutolsó bemutatandó esetemben a pharynxvarrat és a vékony garattal erősítésére fölébe izomréteget is hoztam, mint azt Rotter a „Berliner klin. Wochenschrift“ ezen év február 11-dikén megjelent számában ajánlja.

Az eredmény minden tekintetben kielégítő. Ezen eljárás által minden eddiginél biztosabb módon eleje van véve annak, hogy a garatból a seburbe és légesőbe inficiáló anyagok jussanak és genyedéseket, peritracheitist, mediastinitist, septikus pneumoniát idézzenek elő.

A műtét után 3 hónappal alkalmazott műgégen lényeges újítás látható. Ugyanis a készüléknek főrésze nem a lágyrészek között helyeztetik el, hanem kívül, a trachealis szájadék felett fekszik, és csak egy íróvastagságú kürtő vezet a nyelvcsont alatt képezett sipolyon át a garatba.

Az eset következő:

W. J., 56 éves, pécsi illetőségű kereskedő. Atyja heveny sérülés folytán, anyja gyermekágyban halt el; 9 gyermeke él és egészséges. Kiállott betegségek közül typhust és tüdőgyuladást említ; utóbbit 15 év előtt állotta ki, azóta egészségesnek érezte magát. Két év óta rekedtségben szenved, azonban fájdalmakat nem érzett, nyelni tudott, csak 4 hét óta kezdtek torkában fájdalmak fellépni és a légvétel is megnehezítetté vált annyira, hogy ez alvásában is gátolja. Nyelése szabad. A beteg utóbbi időben lesóványodott. Bajával Morelli főorvoshoz fordult, ki nála a gége jobboldali felében helyet foglaló rákot constatólt és műtéves céljából Herczelhez utasította.

Felvételnél az erős, jól fejlett, középtermetű férfi nyakhártyái pirosak. Nyaka hosszú. Mellkasa domborad. Tüdőhatárok mindenütt egy bordával mélyebbre terjednek és hallga-

tozásra az egész tüdő felett úgy a be-, mint kilégzésnél füttyölést, búgásokat és szöreszörejeket hallani. Szívhangok tiszták. A belégzésnél már távolról is hosszú megnyult sziszszénés hallható; ez alkalommal a nyakon a m. sterno-cleidomastoideus-ok megfeszülnek. Légzés percenként 18; pulsus 78, telt, nehezen összenyomható.

A gégefő kissé megvastagodottnak és merevebbnek tapintható, azonban mozgásai teljesen szabadok és felette a bőr jól redőzhető. Mirigyek a környezetében nem tapinthatók.

Szájból foctor, nyelv mozgásai nem akadályozottak, a garat tiszta. *Laryngoskopiai kép:* Az epiglottis szabad, mozgása nagyon renyhe; a glottisban jobboldalt hátul egy körülbelül mogorónyi dudorzos lepedékes tumor látható; ugyanezen oldali hangszálag megvastagodott, de phonationál mozog.

Mint az előleges légesőmetszés híve, az exstirpatio előtt a betegnél 1894. november 14-dikén tracheotomiát végeztem. A köztakaró átszelése és az izmoknak oldalra való elpraeparálása után kitért, hogy a pajzsmirigynek egy középső lebenye magasan terjed fel. A pajzsmirigynek a gyűrűporezról való lepraeparálása és lefelé vonása után a metszés a légeső 3—5-dik gyűrűben ejtetett meg. E műtét után a bevezetett canule-ön a beteg nyugodtan légett. A canule naponként váltott; nehéz légzés többé nem jelentkezett.

A bronchitis és emphysema javultak.

December 1-én végeztem a gégekiirtást. A beteg altatása chloroformmal Junker-féle fújtató segélyével történt a canule-ön át. A légesőbe vezetett Trendelenburg-féle canule a műtét egész tartama alatt jól functionált és a vérnek a légesőbe való jutását teljesen megátolta. A bőrön a szakasontból a tracheotomia nyílásába befutó metszést ejtettem és erre T alakban a szakasont felett harántul is egy-egy bőrmetszést. A bőr lepraeparálása és az izmoknak részben tompa, részben éles leválasztása után jobboldalt könnyen sikerült a géget szabaddá tenni. Az elmeszesedett pajzsporezt a középvonalban kettészelve, meggyőződtem, hogy az újképlet nemcsak a jobb oldalt foglalja el, hanem a baloldalra is áttérjed; ezért a totalexstirpatióra határozottam el magam és kifejtettem a gége bal felét is a szomszédságból. A vérzés mindenütt exacte módon csillapított. Most előbb a gyűrűporez alsó szélén választottam le a géget a légesőtől és alulról felfelé hátsó falát szabadá praeparáltam. Majd levágván a lig. thyreo-hyoid. medium et laterale-t, a géget a szakasonttól az epiglottis csontjának behagyásával leválasztottam. Végre az egész géget lefejtettem a garat mellső faláról és jobboldalt a garat mellső falából is egy ujjnyi széles csíkot távolítottam el, mivel a jobboldali kannaporez is infiltrálva volt. A támadt garathiányt finom selyemvarratokkal függélyes irányban zártam el 11 öltéssel az első, és hattal a második sorban. A pharynx varrata felé 8 catgut-varrattal az izomzat (constrictor pharyngis, sternot thyreo-hyoidi) vastag rétegét vontam össze és utóbbi alá kétoldalt egy-egy gazeecíkot tömeszeltem. A két felső légesőporez gyanus kinézése miatt exstirpáltattam.

A műtét befejeztetvén, a Trendelenburg-canule rögtön közönséges canule-lel váltott fel.

A kiirtott gége jobb felében kevésbé megnagyobbodott, lumene az újképlet által kisebbsített, mely főképp jobboldalt és hátul foglalva helyet a baloldalra is áttérjed; kiterjedése

<sup>1</sup> Betegbemutatással előadatott a közkórházi orvostársulat 1895. évi márczius 6-diki ülésén.



mintegy tallérnyi, vastagsága 10 mm.; szélei felhántak, közepe kifekélyesedett. Az újképlet a porcos vázat át nem töri.

A Pertik tanár által végzett görösövi vizsgálatból kitűnt, hogy a Morgagni-féle tasakok lapos hámja directe átmegy a nyákhártya mélyebb rétegébe nyomuló rákos burjánzásba. A vastag hamesapok hámgyöngyöket is tartalmaznak.

A *lefolyás* teljesen reactio nélküli, láztalan és minden tekintetben kielégítő volt. A beteg a műtét után egyszer sem hányt s minthogy alig vesztett vért, a műtéttől keveset szenvedett. A légesőből közvetlen a műtét után nyákos váladék expectoráltatott. Az érverés 80—90, a légzés 18—22 perczenként.

A mi a legfontosabb, a beteg közvetlen a műtétet követő napon tudott nyelni, harmadnap már 1 liter tejet fogyasztott, 6-od napra pépes táplálékot nyelt. A sebbe a garatból semmi átszivárgás nem volt. A sondával való táplálás e szerint felesleges volt.

A garat varrt sebe és a sebvonal fölé helyezett izomréteg varratai per primam egyesültek, úgyisztén a bőrvarratok. A

naponta váltott kötésnél alig mutatkozott a sebben több váladék, mint egy közönséges tracheotomiánál. A beteg 6-od napra fennjárt, 8-ad nap a felületes varratok eltávolítottak. A beteg jól táplálkozott és 3 hó alatt 11 kgm.-mal gyarapodott.

Az általam operált 3 eset alapján mondhatom, hogy a gégekiirtás, ha a garatnak a sebtől való elzárásával végeztetik, meg lehetős veszélytelen műtét, mely nem fog járni oly nagy (38%) mortalitással, mint azt Wassermann még 1889-ben kimutatta. Az említett eljárás által sikerül a zavartalan sebgyógyulást biztosítani és a beteget az utókezelés régi módjával járó fájdalmaktól és veszélyektől megkímélni. Emellett szükséges a sondával való táplálás, a naponta többszöri kötözés. Az infectiosus nyákos és genyes váladéknak a légesőbe való átömlése, a mi septikus pneumoniára, mediastinitisre vezethetne, meg van akadályozva.

Az általam követett módszerhez hasonlóan eddig *Bardenheuer*, *Poppert*, *Rotter* és *Bergmann* operáltak, valamennyien jó-eredményekkel és remélhető, hogy a jövőben nagyobb számú esetek mellett is megmarad a statistikában a kedvező százalékos arány. A gégekiirtás pedig elvesztvén a veszedelmes műtét hírét, a betegek és orvosok a betegség korai stadiumában fogják magukat a műtetre elhatározni. Ezáltal a műtétnek maradandó eredményei quoad sanationem lényegesen javulni fognak.

Minthogy a bemutatottnál három hónappal a műtét után eddig a pseudohang nem fejlődött ki, mint a kir. orvosegyletben bemutatott 2 első esetben, és másrészt a radicalis operatio által remény van adva tartós gyógyulásra, elhatároztam, hogy ez esetben *műgégét* alkalmazok.

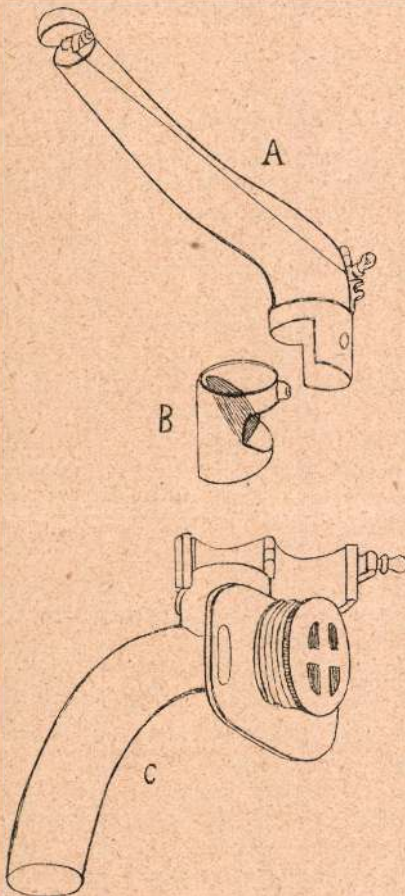
Ez azonban ezen esetben nehezebb volt, mint akkor szokott lenni, ha a régi módszer szerint operálunk. Ugyanis ilyenkor széles rés vezet a legesőből a garatba. Ily esetekben

alkalmazható a Gussenbauer-féle műgége, melynél a mesterséges hangszálagot tartalmazó kürtő a bőr alatt a lágyszövetek közé helyezve vezet a garatübe. Jelen esetben az által, hogy a garat felett az izmok és bőr össze lettek varrva, a légeső szájadzása felett egy vastag falzat zárta el a garatba való bemenetet. Nem is képződött itt egy a garatba vezető sipoly sem, mint *Rotter* jelzett esetében, ki egy ily sipolyjáratot használt fel egy mesterséges gége kürtőjének bevezetésére.

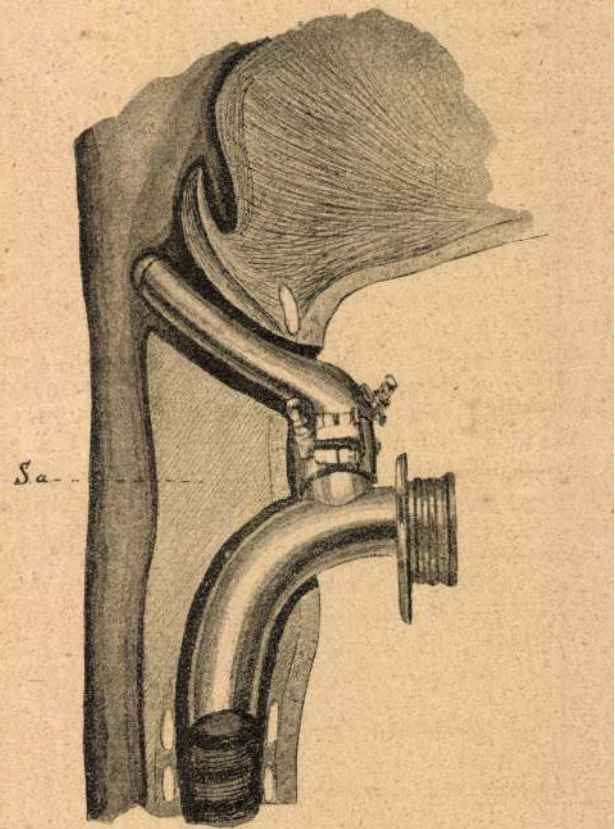
A szép eredmény, melyet *Rotter* ezen esetében a műgégenek jelzett helyen való alkalmazásával elért, arra vezetett, hogy a nyelvcsont alatt a bőr felületétől az epiglottis gyökéig haladó sipolyos communicatiót bemetszés segélyével létesítsék. Ez február végén megtörténvén, a sipoly gummidrain csővel tágitottatott úgy, hogy az 5 cm. hosszú járatban az irónvastagságú kürtő könnyen helyezhető el.

Az alkalmazott ezüst műgége a *Rotter-Wolf*-féle műgégenek módosított alakja, melyet a berlini „Bischof” és a budapesti „Fischer Péter és társa” cég készített el.

Az ezüst légeső canule-nek a légeső nyílásán kívül eső részén a felső görbületre egy 1½ cm. hosszú cső van forrasztva,



\* A = garatba vezető kürtő.  
B = Wolf-féle mesterséges hangszálag.  
C = Légesőcanule Bruns-féle szeleppel.



S. a. = a garatot elzáró műtét által képzett válaszfal.

melynek mellső felszínén egy jól záródó 1 cm. széles ajtócska van. Ezen cső belsejében helyeztetik el az ezüst hengerke, melyben a Wolf-féle gummi hangszálag van. Ezenkívül a készülékhez tartozik az 5½ cm. hosszú kürtő, mely a sipoly görbületeinek megfelelő hajlásokkal bír. A garatba érő végére egy kupak van elhelyezve, mely a kürtőn elhelyezett tolórúddal nyitható és zárható. Célja a nyák befolyását a kürtőbe megakadályozni. Az elhelyezett Wolf-féle esővecske, valamint a sipolyba vezetett kürtő — utóbbi egy az alsó végén levő féleső alakú nyújtványa által — a kamra ajtócskájának bezárásakor egy igen szellemes constructióval rögzíttetnek.

Beszélnél a canule külső nyílása elé alkalmazott egyszerű szelep által van biztosítva, hogy a tüdőből a kilégzésnél a levegő a műgégén át véve útját, a garatba jusson.

Mint ezekből kitűnik, a műgége hangot adó része ezen szerkezetnél kívül fekszik; csupán a kürtő jut a lágyszövetek közé. A készülék szerkesztése ez esetben azért volt nehéz, mert a távolság a sipolynyílás és a légeső szájadéka között,



a mely helyen a hangot adó rész elhelyezendő volt, igen rövid,  $3\frac{1}{2}$  cm.-nyi volt.

Az apparatus könnyen illeszthető be és légmentesen zár, a mi a régi készülékek felett előnyt biztosít, mert ezeknél a kiűrt mellett levegő betolulhatott. Előnye még különösen az, hogy nem nyom, és így nem izgat, miért is a beteg könnyen tűri.

A bemutatott egyén a készülék segítségével teljesen jól és érthetően beszél, hangja messzire hallható daczára annak, hogy a készülék csak egy nap óta van nála alkalmazásban.

### Az aethernarkosis s annak alkalmazása a szülészeti s nőgyógyászati gyakorlatban.

Irtó Mahler Gyula dr., v. tb. tanársegéd a dresdai kir. nőgyógyászati klinikán.

Közel fél század mult el, mióta az aether mint anaestheticum a sebészetben használatba jött. Első alkalmazói gyanánt egész a legutóbbi időkig *Jackson* s *Morton* tartották; újabb kutatások azonban arra mutatnak, hogy a sebészi aethernarkosis tulajdonképeni felfedezője egy szerény jeffersoni orvos, *Long* dr. volt.<sup>1</sup> Nagyobb elterjedést azonban az aethernarkosis csak 1846-ban nyert, miután *Warren*<sup>2</sup> Morton kérésére egy nagyobb műtétet aethernarkosisban szerencsésen végrehajtott. A felfedezés híre csakhamar bejárta az egész művelt világot s minden jeles sebész sietett a tudomány e nagyszerű vívmányával minél előbb megismerkedni.

Még alig vált azonban általánossá az aether használata, már is hatalmas vetélytársa támadt a chloroformban, mely *I. James Simpson*<sup>3</sup> által melegen ajánlva oly sikerrel szorította ki az aethert, hogy néhány év múlva majdnem mindenütt túlsúlyra vergődött. Egyes helyeken azonban a chloroformmal való rövid kísérletezés után ismét visszatértek az aetherhez, így Franciaországban a lyoni, Olaszországban a nápolyi iskola már az ötvenes évek elején újra aetherrel altatott.

Az idők folyamán mindjebben előtűnt a chloroform veszélyessége; az általa előidézett halálesetek száma ijesztő mérvben szaporodott s nyilván ennek tulajdonítható ama kedvező fordulat, mely a 70-es évek elején Amerikában s Angliában az aether javára beállott. Különösen az Egyesült-Államokban karolták fel melegen s ott ma oly tért hódított, hogy egyes államokban törvény tiltja a chloroform használatát.

A continenszen az említett helyeket kivéve az aethernarkosis s technikája feledésbe merült és a genfi iskolának, nevezetesen *Julliárdnak*<sup>4</sup> s munkatársainak *Deumont* s *Fueternek*<sup>5</sup> érdeme, hogy az aethernarkosis újra érvényre jutott. Közleményeik, kedvező statistikájuk s az általuk javított technika pontos leírása lényegesen hozzájárultak ahhoz, hogy más sebészek is újból megkísérlették az aethernarkosist s fáradozásaikat ezúttal siker koronázta. Angliában különösen *Lawson Tait* s *Keith*, Dániában *Wauscher* foglaltak mellette állást. Németországban az aethernarkosis legelőször 1876-ban *Schweiger* tanár berlini szemkórodáján vétetett rendszeres alkalmazásba, 1887-ben a dresdai városi kórházban, 1889-ben a tübingeni sebészeti klinikán s ugyanazon évben a mi nőgyógyászati s szülészeti klinikánkon.

Az utóbbi időben megjelent közlemények s dolgozatok arra látszanak mutatni, hogy az aether barátainak száma növekvőben van, tagadhatlan azonban, hogy a chloroformnak is akadnak lelkes szószólói. A német orvosi társulatok ez évi ülésén élénk vita tárgyát képezte, hogy melyik a két anaestheticum közül; az aether vagy a chloroform részesítendő-e előnyben, mindegyik mellett s ellen sok nyomós érv hozott fel, de végleges megállapodásra nem jutottak, úgy hogy az

még mindig nyílt kérdés s valószínűleg a jövőnek van fenntartva azt tisztázni. Távol áll tőlem, hogy egy ily fontos tárgybán döntő ítéletet mondjak, de legyen szabad közel 5000 narkosisra vonatkozó feljegyzéseink alapján közölnöm azon tapasztalatokat, melyeket az aetherrel a szülészeti s nőgyógyászati terén szereztünk.

A chloroform s aether hatásának összehasonlítása után első sorban ama kérdést kívánom tárgyalás alá venni, vajjon az aether a chloroform helyett a szülészeti s nőgyógyászati gyakorlatban alkalmazható-e s ezzel szemben bir-e s minő előnyökkel. Másodsorban az aethernarkosisnál használt technikánkat akarom részletesen ismertetni.

A belégzésre használt anaestheticumoknak a szülészeti s nőgyógyászati körébe való bevezetése *J. James Simpson*<sup>1</sup> nevéhez fűződik, ő alkalmazta az aethert legelőször egy szülészeti műtétnél. Az első időben sokat kellett küzdenie, az aethernek úgyszintén a chloroformnak szülőnőknél való alkalmazása ellen vallási s erkölcsi szempontból kifogásokat emeltek, de egy gyönyörű védírat által sikerült neki azokat csakhamar eloszlatnia.

Ma az anaestheticumokat a szülészeti s nőgyógyászati gyakorlatban nem nélkülözhetjük többé s nekik köszönhetjük nagyrészt a haladást, melyet e tereken tapasztalhatunk. Bármily nagy előnyöket is nyújtsanak az anaestheticumok, nem szabad felednünk, hogy azok mérgek, melyeknek hibás vagy hosszú ideig tartó alkalmazása az életet komolyan veszélyezteti, vagy azt ki is olthatja. Az anaestheticumok megválasztásánál e veszéllyel számolnunk kell s épen ezért azon szert kell használnunk, mely a mellett, hogy az elérendő célnak teljesen megfelelő narkosist képes létrehozni, a legtöbb biztonságot nyújtja.

Ha e tekintetben az aether s chloroform között párhuzamot vonunk, az kétségtelenül az aether javára kedvezőbbnek mutatkozik. Legtisztább képet nyerünk az aether s chloroform-narkosisok halálozási statistikájának szembeállításával. Így

Andrews <sup>2</sup> szerint . . . . .	2723
Richardson „ . . . . .	3196
Roger William szerint . . . . .	1236
Gurlt <sup>3</sup> „ . . . . .	2647
Julliárd <sup>4</sup> „ . . . . .	3250

chloroformnarkosisra esik egy haláleset, míg aethernél

Comte <sup>5</sup> szerint . . . . .	23'804
Coles „ . . . . .	23'204
Julliárd „ . . . . .	14'987
Gurlt „ . . . . .	13'160

narkosisra jut egy haláleset. Ezen adatok a chloroformot legalább 5—6-szor oly veszélyesnek tüntetik fel, mint az aethert. Ennek főleg két oka van. Az első az, hogy a chloroform egy erősebben ható anaestheticum s relative nagyobb méreg, mint az aether; a második pedig, hogy a chloroform toxikus hatásának módja sok tekintetben különbözik az aetherétől, mi miatt a chloroformnál az elkerülhető halálesetek száma jelentékenyen kisebb.

A chloroform első sorban a szívet hűditi, az aether a légző centrumot.

*Dastré*<sup>6</sup> szerint chloroformnarkosis alatt a szívműködés megszűnése háromféle módon jöhet létre: először reflectorikus úton, ha a légutak, jelesen az orrnyákhártyájában elhelyezett trigeminus-végződés a chloroformgőzök által izgattnak s ez ingerátterjed a vagusra; másodsor az úgynevezett bulbaer syncope útján, ha a töményen belégzett chloroform a nyúlt velőben el-

<sup>1</sup> Verhandl. der Berliner med. Gesellschaft 7. März 1894. Berl. klin. Wochenschr. 1894. 17. sz.

<sup>2</sup> Warren. Boston med. and surgic. Journal. 1847.

<sup>3</sup> Simpson. Edinburgh monthly journal 1847. Lancet 1847. Dec. 11.

<sup>4</sup> Julliárd. L'éther est-il préférable au chloroform. Rev. med. de la Suisse Romande 1891.

<sup>5</sup> Fueter. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 29. k.

<sup>1</sup> Simpson. Selected obstetrical works.

<sup>2</sup> Andrews. The relative danger of Anaesthesia. Chicago, 1870.

<sup>3</sup> Gurlt. Zur Narkotisirungsstatistik. Verhandl. der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. XXIII. Congress.

<sup>4</sup> Julliárd. L'éther est-il préférable au chloroform. Rev. med. de la Suisse Romande. 1890.

<sup>5</sup> Comte. Revue med. de la Suisse Romande. 1890. 2. sz.

<sup>6</sup> Dastré. Les anaesthésiques, physiologie et application chirurgicale. 1890.



helyezett szívmozgató góczot direct hűditi; harmadszor úgy, hogy nagymennyiségű chloroform belégzése után a hűdés a nagy s kis agyról a nyult velőre is áttérjed s az ott elhelyezett góczokat sorra hűditi s pedig előbb a szív-, azután a légző-centrumot. A chloroformhalál ez utóbbi módját toxikus szív-hűdésnek nevezi.

A chloroformnak primaer szívhűdítő hatását a *Hyderabad bizottság*<sup>1</sup> állapotokon végzett kísérletei alapján kétségbe vonja, nézete szerint a szívmozgató gócz hűdése mindig másodlagos s a légzési gócz hűdésének következménye, a halál tehát első sorban asphyxia útján jön létre. Ezzel szemben a klinikai megfigyelés, az *angol chloroformbizottság*<sup>2</sup> vizsgálatai, *Mc. William*<sup>3</sup> s *Schmey*<sup>4</sup> állatkísérletei határozottan a primaer szív-hűdés létezését mellett bizonyítanak. A sokat vitatott kérdést, vajjon a chloroform által előidézett halálnál a szív vagy a légzőcentrum szünteti be előbb működését, azaz vajjon a halál okánál szívhűdés vagy asphyxia veendő fel, a *Lancet-bizottság*<sup>5</sup> statisztikai adatai élesen megvilágítják. Jelentésük szerint 637 chloroformnarkosis alatt bekövetkezett halálesetnél 384-szer meghatározható volt, vajjon az érverés vagy a légzés szűnt e meg először, ebből 227-szer a szív működés, 80 esetben a légzés szűnt meg először, 77 esetben mindkettő egyidejűleg. Továbbá az is kitűnik, hogy az esetek 50%-ánál a halál a narkosis kezdetén reflectorikus vagy bulbaer syncope folytán állott be, a hátralevő 50% egyenlően oszlik meg toxikus syncope s asphyxia által előidézett halálesetek között.

Míg az asphyxia a chloroformhalálnál csak másodsorban jön tekintetbe, addig az az aether által előidézett halálesetek okai közt első helyen áll. Az aethernarkosisnál ugyanis a főveszély a légzőcentrum hűdésében rejlik.

A legtöbb szerző osztja *Garré*<sup>6</sup> ama véleményében, hogy a tipikus aetherhalált a primaer légzési s másodlagos szívhűdés jellemzi, a légzési centrum hűdése a legtöbb esetben mély narkosisban, nagy mennyiségű s tömény aether-gőzök belégzése által jön létre. A légzés fennakadása ez esetben az általános aethermérgezés tünete, a hűdés ugyanis a nagy s kis agyról áttérjed a nyultvelőre is, itt azonban rendszeren előbb a légző-centrum lesz hűdve s csak azután a szívmozgató centrum. A klinikai tapasztalás szerint a légző-centrumnak még egy úgynevezett bulbaer hűdése is előfordul, midőn tudniillik a narkosisnak már egy korai szakában a belégtetett concentrált aether-gőzök a légzési centrumot direct hűdítik. Ezen utóbbi hűdési alak igen ritka s a toxikustól jól megkülönböztetendő.

Az asphyxiának egyéb okaiul tekintendők mindazon körülmények, melyek a szabad légzést gátolják, így idegen testek vagy hányadék aspirációja, a nyelvgyök s gégefödő hátraesésűsása, nyák felhalmozódása a garatürben, lényegileg tehát ugyanazok, mint a melyek chloroform-narkosisnál asphyxiát okozhatnak.

Az aether-narkosis alatt bekövetkezett asphyxiánál azonban a motorikus szív-centrum hűdésének veszélye sokkal kisebb, mint a chloroform-narkosisnál előfordulónál. A *Hyderabad-bizottság* állapotokon végzett kísérletei alkalmával azt találta, hogy aether-asphyxiánál a szív sokkal később lesz hűdve, mint chloroform-asphyxiánál.

Az aether-narkosisnál reflectorikus hűdés oly értelemben mint a chloroform-narkosisnál nem fordul elő. Igen sokan egyáltalán tagadják, hogy az aether syncope útján halált okozhat, de észleltetett ez igen megbízható szerzők részéről, úgy hogy annak előfordulása kétségen felül áll. De ezen esetek majdnem mind toxikus syncopeknak bizonyultak s oly egyéneket illeltek, kiknek ellenálló képessége súlyos betegség folytán le volt szállítva, vagy a kikenél a szíven található nagyfokú elváltozáson kívül a tüdők is kórosak voltak. A

*Hankel*<sup>1</sup> által összeállított 42 aetherhaláleset áttekintésénél kitűnik, hogy csak kétszer van határozottan kiemelve, hogy az érverés előbb szűnt meg, mint a légzés. Az egyik esetben a műtét herniotomia volt; a boncolásnál a szív petyhüdtnek, a tüdők emphysematikusoknak bizonyultak, a bronchusok telve voltak genyes váladékkal. A második esetben egy alhasi daganatot távolítottak el; a beteg már haldoklott, mikor a műtétet hozzáfogtak. Ez utóbbi esetben a szívhűdés bizonyára nem az aethernek volt tulajdonítható.

Annak magyarázatául, hogy chloroform-narkosis alatt halálesetek gyakrabban fordulnak elő, mint aether-narkosisnál, szolgál továbbá a chloroformnak s aethernek különböző hatása a vérkeringésre s a szív izomzatára. Kapeller szerint az aether kivételével minden altató szer — valószínűleg a vasoconstrictorok hűdése folytán — nagy fokú edénytágulást okoz. Különösen jelentékeny ez a chloroformnál.

*Bowditch*,<sup>2</sup> *Minot*<sup>3</sup> és *Coats*,<sup>2</sup> *H. C. Wovel*,<sup>2</sup> *H. A. Hare*,<sup>2</sup> az első s második *Hyderabad bizottság* vizsgálatai szerint a chloroformnak már therapeutikus mennyisége is az ütérés vérnyomás mély s állandó leszállását hozza létre.

*Gaskell*<sup>2</sup> s *Shore*<sup>3</sup> szerint a vasomotorikus centrum hűdésén kívül a szívizom erejének a chloroform által való gyöngítése is hozzájárul ehhez. *Kapellernek*<sup>3</sup> sphygmographikus görbéi igen tanulságosan mutatják a vérnyomás fokozatos süllyedését. A vérhullám kisebb lesz, az ütérlokések száma a rendes alá süllyed, még pedig igen gyorsan concentrált chloroform-gőzök belégzésénél s légzési zavarok beálltával. Ezzel szemben minden szerző elismeri az aethernek serkentő hatását a vérkeringésre. *Holz*<sup>4</sup> a Bruns-féle klinikán eszközölt vizsgálatai alapján kimutatta, hogy az aether-narkosis alatt a vérnyomás fokozódik, ugyanezt mutatják *Kapellernek* sphygmographikus görbéi is. Az ütérlokés erősbül, s sohasem száll a normális szám alá, csak igen nagy aether-adagok után jelentkezik a vasomotorikus centrum depressiója.

Úgy a chloroform, mint az aether direct a szívizomzatra is hatnak.

*Mc. William* s *Schmey* vizsgálatai szerint concentrált chloroform-gőzök belégzése a szív akut tágulásához vezet, de *Hare*<sup>5</sup> s *Thornton*<sup>6</sup> szerint már kis adagok is előmozdítják annak létrejöttét. Szószertint így nyilatkoznak: „We also agree with *Mc. William*, that from the very first inhalation of chloroform there is a constant tendency to cardiac dilatation.“ A szív összehúzódásai chloroform belégzése után ritkulnak s felületesebbekké válnak. Az aether a szív izomzatát erősebb összehúzódásra bírja. *Garré*<sup>6</sup> így szól: „der Einfluss der Aetherinhalationen auf ein schlecht functionierendes Herz ist ein auffallend günstiger, die Contractionen desselben werden kräftiger und gleichmässiger.“

Hogy a chloroformnak a vérkeringésre s a szívre való depressáló hatása vérszegénységnél s nagyobb vérvesztéssel kapcsolatos műtéteknél, a szívizomzat elfajulásánál, billentyű bajoknál kettősen nyom a latba s számos esetben a halálos kimenetel okozója, kézzelfogható.

*Lauder Brunton*<sup>7</sup> szerint a vérszegénység az anaestheticumok által okozott halálesetek aetiologikus momentumai között jelentékeny szerepet játszik. Erre nézve így nyilatkozik: „of

<sup>1</sup> Hankel. Handbuch der Inhalations-Anästhetica. Leipzig, 1891.

<sup>2</sup> Hare and Thornton. A study of the influence of chloroform upon the respiration and circulation. Lancet, okt. 21. 1893.

<sup>3</sup> Kapeller. Anaesthetica. Deutsche Chirurgie. 20. Lief. 1880. — Arch. f. kl. Chirurgie. XXXV., XXXVII., XL. — Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. XIX. 1889.

<sup>4</sup> Holz. Ueber das Verhalten der Pulswelle in der Aether- und Chloroformnarkose. Beitr. z. klin. Chirurgie. 7. k.

<sup>5</sup> Hare s Thornton. „Osztozunk *Mc. William* nézetében, hogy már az első chloroform-belégzések után a szívnek állandóan hajlama van a tágulásra.“

<sup>6</sup> Garré. Die Aethernarkose. Beitr. z. kl. Chirurgie. XI. k.

<sup>7</sup> Lauder Brunton. British med. Journal. 1891. Nov. 21. „A véralkatot illetőleg az anaemiának különböző alakjai jelentős szerepet játszottak a prognosira nézve anaestheticumok alkalmazásánál. Vajjon azoknak a szervezettől való kiküszöbölése volt-e megnehezítve, vagy a rosszul táplált idegrendszer mérgezése könnyebben következett-e be, el nem dönthető.“

<sup>1</sup> Hyderabad bizottság jelentése. Lancet. 1890. I. 3.

<sup>2</sup> Med. chir. Transactions. XLVIII. 1864.

<sup>3</sup> *Mc. William* cit. *Lauder Brunton*. British med. Journal. 1891. Nov. 21.

<sup>4</sup> *Schmey*. Therap. Monatshefte. II. 1888.

<sup>5</sup> The Lancet commission on anaesthetics. Lancet 1893. Márcz. 18. stb.

<sup>6</sup> Garré. Die Aethernarkose. Beitr. z. klin. Chirurgie. 11. k.



blood conditions various forms of anaemia played an important part in prognosis, when anaesthetics were given, whether elimination was interfered with or whether the nervous system being poorly nourished were peculiarly liable to poisoning it, is impossible to say."

Még jelentősebb szerep jut a chloroform-narkosnál a szív kóros elváltozásainak.

Bizonyítékul szolgáljon néhány adat. A *Turnbull*<sup>1</sup> által összeállított 108 chloroformhalálánál a kórboneczolat 44-szer végeztetett, ebből találtatott 20 esetben a szív zsíros degenerációja, 1-szer billentyű hiba, 1-szer tágulat, 2-szer túltengés.

(Folytatása következik.)

## Közlemény a budapesti kir. m. tud. egyetem II-dik belklinikájáról (Kétli Károly tanár).

### A ferratinról.

*Dieballa Géza* dr., tanársegéd.

(Vége.)

14. Cs. Antal 13 éves, tanuló. *Diagnosis: hepatitis interstitialis.* Hat hó előtt nagyobb mennyiségű vért hányt, véres széket ürített, pár napon át lázas volt. Azóta hasa megdagadt, étvágytalan. Rendkívüli sápadtsága vasesöppek szedésére engedett. *Status praesens* 1894. november 8-dikán. Gyengén fejlett, mérsékeltén táplált; arc s nyálkahártyák kissé halványak. Tüdő, szív épek. Máj zsugorodott, kemény, éles szélű. Lép gyermekfejnyi, kemény tapintatú. Hasban kevés szabad folyadék.

Dátum	Haemoglobin	Vörös vér-sejtek száma	Fehér vér-sejtek száma	Therapia
Nov. 8.	75	3.360,000	2800	Naponként 3-szor $1\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ gm. ferratin.
" 19.	78	4.080,000	3200	—
Decz. 5.	67	5.000,000	5000	—
" 17.	75	4.640,000	3500	—
" 23.	75	5.160,000	3800	—
Jan. 3.	75	5.080,000	3500	—

Étvágya tökéletesen helyre állott, igen jól érzi magát. Objectív tünetek nem változtak.

15. K. Teréz, 12 éves munkásleány. *Diagnosis: chlorosis.* Két év óta ágyba vizez, ugyanettől kezdve igen sápadt, kedvetlen, feje gyakran fáj, szédül s étvágytalan, havi baja még nem volt. *Status praesens* 1894. december 19-dikén. Elég jól fejlett s táplált. Bőr s nyálkahártyák igen halványak. Tüdő, szív, hasi szervek épek. Jugul. interna felett intensív dorombzörej hallható.

Dátum	Haemoglobin	Vörös vér-sejtek száma	Fehér vér-sejtek száma	Vérfajsúly	Testsúly kgm.-okban	Therapia
Decz. 22.	35	4.176,000	5500	1044	40.2	December 22-től naponként 1.5 gm. ferratin.
" 29.	57	4.976,000	9400	1047	5.41	— *)
Jan. 4.	62	5.216,000	5600	1049	42.2	—
" 10.	75	5.680,000	4800	1054	43.2	—
" 16.	75	5.120,000	5400	1055	44	Ferratin kihagyatik.
" 21.	83	5.240,000	7100	1056	44	—
" 28.	83	5.680,000	5500	1057	44	—

\*) Ágyba vizezés megszűnt.

Beteg a ferratin szedésre gyorsan visszanyerte étvágyát, tide arcszínje a 2-dik hét végén már visszatért, fejfájása megszűnt, többé nem szédült, a jugularisok dorombzöreje eltűnt; a klinikát tökéletesen gyógyultan hagyta el.

<sup>1</sup> *Turnbull.* New-York med. Record. 1890. 19. IV.

*Fenti kóresetekből látható, hogy a ferratin minden esetben határozott, legtöbbször intensív befolyást gyakorolt a vér állapotára.* Még azon esetben is, midőn az alapháttalom súlyossága miatt egyáltalán nem volt várható, hogy az anaemia visszafejlődjék, a ferratinhatás legalább a véresejtszaporodás alakjában árulta el magát; így pl. a 12. és 14. számú betegnél a haemoglobin tartalom mit sem változott, de a véresejtek száma növekedett, azaz: az alapháttalom következtében a beteg anaemiája egy bizonyos fokon túl javítható nem volt, de a ferratin által megindított törekvés a vér regenerációjára kifejezést nyert a véresejtszaporodásban, mely rendszerint bevezetője az anaemiák gyógyulásának. Ezen alapon értelmezhető a 2-dik számú betegnél észlelt részleges javulás is: a ferratin a chloroanaemiának azon részét, mely a chlorosisnak volt tulajdonítható, meggyógyította, de egy bizonyos határon túl a súlyos tüdőbeli elváltozások korlátot szabtak a további vérreparációnak.

Feltűnően nyilvánult a ferratin vérvérvő befolyása chlorosis eseteiben, s ezek közül mint legegyszerűbbet a 15-dik számú betegre említem, kinél 20 nap alatt a haemoglobin tartalom 35-ről 75-re, a vörös véresejtek száma 4.176,000-ről 5.680,000-re, s a vér fajsúly 1044-ről 1055-re emelkedett. Figyelemreméltó a 4-dik számú kóreset is. Az anaemia perniciosus progressív jellege mellett tanuskodott a haemoglobin csökkenése 10 nap alatt 43-ról 30-ra, a vörös véresejteké 1.120,000-ről 756,000-re, a vérfajsúlyé 1040-ről 1035-re; a ferratin szedése óta, 2 hónapi megfigyelés alatt a vér állapota esékély ingadozásokkal ezen fokon maradt, s így a ferratin az anaemia fejlődésének — legalább egyelőre — útját állta.

A ferratin tapasztalt üdvös befolyása a vérregenerációra eddig azonban közös az eddig használatos vaskészítményekkel, így pl. a ferrum protoxalatumtól több esetben láttam hasonlóképp gyors és intensív hatást.

Feltűnt azonban vizsgálataim közben egy körülmény, mely igazolni látszik a ferratin kedvező felszívódási viszonyait, s azon várakozást, melyet Schmiedeberg éppen ezen tulajdonságához kötött. Ha ugyanis egy még nem gyógyult chlorotikától a vasat a vérregeneratio be nem fejezett stadiumában megvonjuk, gyors recidivára lehetünk elkészülve, úgyannyira, hogy még teljes gyógyulás esetén is pár napi szünetelés után újabb vaskúra ajánlatos. A dolog igen természetes. A vérregeneratio alatt nagy mennyiségben képződnek fiatal, haemoglobinban aránylag szegény véresejtek; ha a haemoglobinképzéshez szükséges vasat éppen ezen időszakban vonjuk el a szervezettől, a véresejtek nem tökéletesedhetnek, gyorsabban is pusztulnak, s az újonnan képzettek még tökéletlenebbek lesznek. A vaskúra tehát éppen a javulás ezen szakában legindikáltabb.

Ezeket tekintetbe véve, néhány esetben a vérregeneratio ezen időszakában beszünttettem a vas szedését. Így pl. a 15-dik számú betegnél akkor, midőn a haemoglobintartalom még csak 75-ig emelkedett volt. Hat nap múlva megvizsgálva a vért 83 haemoglobint találtam, 12 nap múlva ugyanennyit. A haemoglobin tehát visszaesés helyett emelkedést mutatott. Az 5. számú betegnél akkor vontam meg a vasat, midőn egy hétig tartó bő menstruatio után a haemoglobin tartalom 80-ról 68-ra esett le; hogy a beteg ez időtájt gyógyultnak még nem volt mondható, éppen ezen jelentékeny haemoglobin csökkenés bizonyította, mely normalis körülmények között menstruatio után egyáltalán nem szokott jelentkezni. A rákövetkező 5-dik napon már ismét 75-ig emelkedett a haemoglobin tartalom, s a beteg kitűnő színben volt. A 1-ső számú betegnél azon időszakban szünttettem be a ferratin szedését, midőn a haemoglobin tartalom 70 volt, éppen ez időre esett a betegnek első véres menstruációja s ugyanekkor a gyomor és bélhuzam részéről makacs dyspepsia tünetei jelentkeztek. A haemoglobin tartalom ennek dacára 6 nap múlva 80-ra emelkedett, s még 12 nap múlva is ezen magaslaton maradt. A 3-dik számú beteg akkor hagyta abban a ferratin szedését, midőn fél év óta az első havibaja jelentkezett. 5 nap múlva 85-ről 81-re csökkent a haemoglobin tartalom, 18 napra rá már ismét 85-re emelkedett.



Kérdés most már, hogyan magyarázzuk a vérnek ezen feltűnő regenerációját a ferratin beszüntetése után is? Értelmezhető volna ez pl. úgy, hogy a ferratin annyira megjavította az illető betegnek táplálkozási viszonyait, hogy most már a rendes táplálékkal naponta felvett vas elegendő volt a hiányzó haemoglobin pótlására; ezen felvételtől azonban el kell tekintenünk, mert egyrészt tudjuk, hogy kitűnő táplálkozási viszonyok mellett is fejlődhetik súlyos chlorosis, másrészt, mert az 1-ső számú betegnél éppen azon időre esett a haemoglobin feltűnő szaporodása, midőn a gyomor részéről — talán részben a ferratin adagolása következtében — makacs dyspepsiás tünetek jelentkeztek, úgy, hogy a ferratin szedését éppen ezen okból hagyattuk abban.

Azt sem vehetjük fel magyarázatul, hogy a ferratin olyanmü gyógyító hatással van a chlorosisra, miszerint rövid pár heti alkalmazása után az ismét saját sorsára bízott s még nem gyógyult chlorosis magától visszafejlődjék; bármennyire is bizonytalanok még ismereteink a vas physiologiai actióját illetőleg, annyit valószínűnek tarthatunk, hogy a vas szerepe a chlorosis gyógyításában nem egyéb, mint egy hiányzó véralkatrésznek, a haemoglobin képzéshez szükséges vasnak pótlása; direct, a betegség indító okát megszüntető befolyást a vasnak nem tulajdoníthatunk, e mellett tanuskodik az a tapasztalat is, hogy a vaskezelésre látszólag teljesen gyógyult chlorotikák a vas beszüntetése után mily gyakran recidiválnak, úgy hogy újabb és újabb vaskurára, több hónapi kezelésre van szükség a gyökeres gyógyulásig.

Nem hagyhatom észrevétlen, hogy voltak s vannak egyesek, kiknek felfogása a vas vérképző hatását illetőleg fentebbiektől alapjában eltér. Újabban Noorden<sup>1</sup> hangsúlyozta, hogy tulajdonképpen a vas a chlorotikák vérreparációjánál nem mint a haemoglobinképzéshez szükséges alkatrész szerepel, hanem ingerképpen hat a vérképző szervekre, így a csontvelőre. Nem lehet ezélm e helyen ezen többször vitatott kérdéssel behatóbban foglalkozni, s így egyszerűen utalok fentebb körvonalozott ellenkező álláspontomra.

Ezeket tekintetbe véve, a ferratin utóhatását fennemlített esetekben úgy magyarázom, hogy a gyógyulás előhaladtával, a vérképzéshez felesleges ferratin felhalmozódott a szervezet valamely részében — valószínűleg a májban —, s akkor, midőn a vas szedését a beteggel abban hagyattuk, a vér innen, mintegy tartaléktökből pótolta a haemoglobinképzéshez szükséges vasat. Ezen felvétel egyszersmind megerősítése klinikai észlelet alapján Schmiedeberg állatkísérleteinek, ki ferratinnal táplált állatok májában a rendesnél jóval nagyobb vastartalmat talált. Mindenesetre számbaveendő adat a ferratin therapeutikai értékét illetőleg, annnyival is inkább, mert a vaskurát a gyomor részéről tapasztalt kellemetlen mellékhatás miatt gyakran félbe kell szakítanunk a vérregeneratio befejezte előtt, s ily esetben ferratin alkalmazása mellett nagyobb biztosítékunk lehet arra nézve, hogy a pausa alatt az addig elért kedvező eredményt nem kockáztatjuk.

Az étvágyat s az általános táplálkozást is kedvezően befolyásolja a ferratin, sőt ezen hatása még szembetűnőbb, mint az a többi vaskészítményeknél szokott lenni. Tudvalevő, hogy a gyógyszerképpen bevitt vas a gyomor sósava által módosítva adstringens hatást gyakorol a gyomornyálkahártyájára, mely ha nem túlságos, a gyomor renyhe motorikus és chemiai functióit előmozdíthatja, ha ellenben nagyon előtérbe lép, hurutos dyspepsiás tüneteket okozhat. A ferratin sokkal tartósabb vasfehérje vegyület, hogysen a gyomor sósava gyorsan megbontthatná, s így kellemetlen helybeli tüneteket kevésbé várhatunk tőle mint a legtöbb vaspraeparatumnál; így pl. Kündig<sup>2</sup> 25 esetben egyszer sem tapasztalt a ferratin alkalmazása közben emésztési zavarokat. Részemről 2 betegnél észleltem a ferratin szedése alatt gyomorfájdalmakat, émelygést és hasmenést, s habár mindkettő már megelőzőleg is időnként szenvedett hasonló dyspepsiás tünetekben, hajlandó vagyok mégis ezen szövőd-

ményt a ferratin befolyásának tulajdonítani. Jóllehet a gyomorváladék chemiai vizsgálata egyik esetben sem mutatott fokozott sósavtermelést, sem szerves savak jelenlétét, pár napi szünet után a ferratin nagyobb quantum Na. hydrocarbonicummal, vagy magnesia carbonicával együtt nyújtottam, mindkét esetben kedvező eredménnyel; pár nap múlva az újból egymagában nyújtott ferratint kitűnően tűrték a betegek.

A ferratin-kezelés alatt kedvezően módosult táplálkozási s áthasonítási viszonyok feltűntetésére, néhány betegünk vizeletén anyagforgalmi meghatározásokat eszközöltem s ezeknek eredményét az alábbiakban kivonatosan közlöm.<sup>1</sup>

#### 5. D. Jánosné, chlorosis.

Datum	Nitrogen		Sulphatok		Chloridák		Vizelet napi mennyisége	Fajsúly	Megjegyzés
	százalékos	összes (gm.-okban)	százalékos	összes (gm.-okban)	százalékos	összes (gm.-okban)			
Jan. 5.	0.51	7.7	0.19	2.9	1.4	21	1500	1015	A ferratin szedése előtt.
" 14.	1.11	10.4	0.35	3.3	1.3	12.4	925	1021	A ferratin-therapia 10-dik napján.
" 2.	1.02	12.82	0.209	2.62	1.4	18.42	1250	1020	16-dik napján.
" 26.	0.805	13.7	0.156	2.66	1.4	23.8	1700	1016	22-dik napján.
Febr. 13.	0.75	12.5	0.14	2.4	1.3	23.6	1700	1014.5	40-dik napján.

#### 3. Cs. Ilona, chlorosis.

Datum	Nitrogen		Sulphatok		Chloridák		Vizelet napi mennyisége	Fajsúly	Megjegyzés
	százalékos	összes (gm.-okban)	százalékos	összes (gm.-okban)	százalékos	összes (gm.-okban)			
Decz. 20.	0.672	11.6	0.18	3.11	1.36	23.72	1725	1016	A ferratin szedése előtt.
Jan. 8.	0.7	12.6	0.13	2.38	1.3	23.4	1800	1015.5	A ferratin-therapia 19-dik napján.
" 18.	0.72	12.25	0.16	2.73	1.29	22.9	1700	1013.5	29-dik napján.
Febr. 5.	0.85	16.758	0.219	4.28	1.36	26.61	1950	1015.5	47-dik napján.

#### 13. H. Mariska, chlorosis.

Datum	Nitrogen		Sulphatok		Chloridák		Vizelet napi mennyisége	Fajsúly	Megjegyzés
	százalékos	összes (gm.-okban)	százalékos	összes (gm.-okban)	százalékos	összes (gm.-okban)			
Jan. 12.	1.01	8.011	0.21	1.73	1.37	10.96	800	1017.5	A ferratin szedése előtt.
" 18.	1.13	6.259	0.276	1.518	1.36	7.535	550	1018	A ferratin-therapia 6-dik napján.
" 24.	0.84	11.434	0.17	2.308	1.4	19.04	1350	1015	12-dik napján.
Febr. 6.	0.71	12.07	0.128	2.18	1.31	22.27	1700	1015	25-dik napján.
" 14.	0.7	12	0.123	2.1	1.28	21.76	1700	1014.5	33-dik napján.

Mint látható, a ferratin befolyása alatt a vizelettel kiválasztott szilárd alkotórészek felszaporodnak, mialatt maga a vizelet napi mennyisége is növekedik, s a beteg súlyban gyarapodik. Legjelentékenyebb emelkedést mutat a nitrogen, átlag 40—45%-ot, ha pedig nem középtérteket veszünk, hanem a szélső értékeket tekintjük a ferratin-therapia előtt s után, 100—120%-os emelkedést is találunk.

Az anyagforgalom élénkülését a ferratin-therapia alatt a javult étvágyból s így fokozott táplálék felvételtől magyarázhatjuk, nem pedig oly értelemben, mintha a ferratin az anaemia

<sup>1</sup> C. v. Noorden. Berliner klin. Wochenschrift. Nr. 9. 1895.

<sup>2</sup> Kündig. Ueber die Wirkung des Ferratin bei der Behandlung der Blutarmuth. Deutsches Archiv f. klin. Medizin. Bd. 53.

<sup>1</sup> Egy-egy szám-aat 2—3 napi meghatározásból nyert közép-arányost jelent; az illető datum ezen cyclyusnak utolsó napja.



gyógyítása által, közvetve hatott volna vissza az anyagcserére. Egyáltalán anaemia s étvágytalanság resp. csökkent anyagforgalom gyakran vannak ugyan oki összefüggésben, de nem feltétlenül involválják egymást. Az 1-ső számú betegnél pl. épen azon időtájt, midőn a dyspepsia legnagyobb fokát érte el, s mialatt a beteg alig vett táplálékot magához, az anaemia nemcsak nem növekedett, hanem még számbavehető gyógyulást is tüntetett fel. A 15-dik számú betegnél, mint az alábbi táblázatból látható, a beteg korához viszonyítva az anyagcsere normálisnak volt mondható, úgy, hogy a ferratin-therapia ezen mit sem módosíthatott, s e mellett mégis nagyfokú anaemia — 35 haemoglobin — volt jelen; a ferratinra az anaemia gyorsan visszafelbontott, a nélkül, hogy ezalatt az általános anyagforgalom változott volna.

15. eset. K. Teréz, 12 éves, chlorosis.

Datum	Nitrogen		Sulphatok		Chloridák		Vizelet napi mennyisége	Fajsúly	Megjegyzés
	százalékos	összes (gm.-okban)	százalékos	összes (gm.-okban)	százalékos	összes (gm.-okban)			
Decz. 21.	1-2	10-5	0-284	2-476	1-47	12-789	870	1022-5	A ferratin-therapia előtt.
" 22.	1-12	15-24	0-223	3-02	1-35	18-225	1350	1017-5	
Jan. 14.	0-861	12-915	0-192	2-89	1-29	19-42	1500	1014-5	A ferratin-therapia 23-dik napján.
" 15.	1-21	14-532	0-291	3-5	1-44	17-34	1200	1020	24-dik napján.

Végül a 4. számú anaemia perniciosában szenvedő betegnél a ferratinra hatalmas étvágy, szaporodás a testsúlyban következett be, az anyagforgalom — mint a táblázat mutatja — kitérő volt, s ezalatt az anaemia teljesen változatlan maradt.

K. Albert, 50 éves. Anaemia perniciosa.

Datum	Nitrogen		Sulphatok		Chloridák		Vizelet napi mennyisége	Fajsúly	Szaporodás a testsúlyban (gm.-okban)	Megjegyzés
	százalékos	összes (gm.-okban)	százalékos	összes (gm.-okban)	százalékos	összes (gm.-okban)				
Jan. 20.	0-588	16-49	0-103	2-9	1-3	36-4	2800	1010	4-4	A ferratin-therapia 36-dik napján.
" 25.	0-57	13-121	0-12	2-77	1-29	29-67	2300	1011	4-7	

\*\*\*

Mindezek után vizsgálataim eredményét röviden a következőkben foglalhatom egybe: a ferratin rendkívül előmozdítja a vérregenerációt, s hosszú utóhatása által — melynek oka kedvező felszívódási viszonyaiban keresendő — kiválik a többi vas-készítmény közül; e mellett vérképző hatásától függetlenül kedvezően foly be az étvágyra s anyagcserére, miért is úgy anaemia, mint egyéb, a szervezetet kimerítő betegségek eseteiben sikerrel nyújtható.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

### Közkórházi orvostársulat.

(VII. bemutató szakülés 1895. április 3-dikán.)

Elnök: Mangold Henrik (kivételesen az elnökség megbízásából); jegyző: Mohr Mihály.

Pustula maligna után keletkezett heges ektropiumnak Reverdin szerint kezelt esete.

Grossmann Lipót. E 16 éves, kefekötő tanonc 1894. december 26-dikán hirtelen rosszul lett, bal felső szemhéján viszketést érzett, mely után nem sokára mindkét szemhéj, sőt még a baloldali homlok, halánték és arcfél is annyira megdagadtak, hogy szemét nem nyithatta fel. Ily állapotban vétette fel magát mult év december 30-dikán, a szt. János-kórházba.

Felvételekor a gyenge szervezetű, vérszegény beteg lázas volt. A bal felső szemhéj tyúktójásnál nagyobb, feszes, sötét színeződött duzzanatot, és ezen bab nagyságú friss hólyagot mutat.

Bemutató azonnal mély bemetszést tett a felső szemhéjon, melyből csak kevés, piszkos színű geny ürült ki, és meleg sublimát (1 : 5000-hez) borogatásokat rendelt.

A 3. napon a felső szemhéj bőre szőnfekete, pergamenszerű, száraz pörkké változott át. A 11. napon az üszkös pörk meglapult annyira, hogy bemutató képes volt azt csipesszel könnyen leemelni. Az ekkor előtűnt alap szürkés-fehér, bűzös genyvel átitatott, üszkösen elroncsolt szövetet mutatott. Az üszkös részek minduntalan ellökődtek, a kezdődő sarjadzás (granulatio) azonban csak híg és rossz genyek képződésével haladt előre.

A kórismét *pustula maligna*-ra tette. Az anthrax bacillussal való fertőzés valószínűleg arra vezethető vissza, hogy a beteg foglalkozásánál fogva oly állatok szőrével is juthatott érintkezésbe, melyek lépfenében hullottak el.

A beteg annyira gyenge állapotban volt, hogy szemhéj képlésre (blepharoplastica) egyelőre gondolni sem lehetett. Az általános állapot javulásával a seb felületnek hámval való bevonatása is előre haladt. Ezen idő alatt a felső szemgödri szél alatt heg képződött, mely a szemhéjat ívalakúan annyira felhúzta, hogy a szemhéjszörök a szemöldököt érintették. A felső szemhéj kötőhártyája 6 mm.-nyire kifordulva látszott; a felső és alsó szemhéj közti távolság pedig 12 mm.-t tett ki.

Hogy a hegesen felhúzott szemhéjat rendes állása és helyzetébe visszahozza, a Reverdin-féle műtétet (Greffe dermique) választotta.

Folyó év február 6-dikán a felső szemhéj külső felületén, kevéssel a szemüreg felső szélé alatt fekvő, 3 mm széles hegkötő alatt egy 3 cm. hosszú, hegyes szögben végződő metszést csinált. Meglazítva a bőr alatti kötőszövetbe kapaszkodó hegkötőket, a mi által a szemhéj mozgathatóvá lett, a szabad szemhéj szélék előzetes felszabása után egy kiadó blepharorrhaphia által rögzítette a szemhéjakat, mire egy 3 cm. hosszú, 12 mm. széles, lándzsa alakú sebfelületet nyert. Ennek fedésére leválasztott a beteg bal felkarjáról egy bőresikot és pedig szem előtt tartva annak zsugorodásra hajlamát, egy harmad résznyivel hosszabbat és szélesebbet, mint a befedendő sebfelület. Az átültetéshez kellően elkészített bőrdarabból egy keskeny és hosszúkás részletet lement, melyet pontosan beillesztett a hegyes szögben összefutó sebfelület két végébe, a kimaradt sebfelületet pedig más 4 bőrlapocskával fedte be, melyeket egymáshoz és a sebszélekhez mozaikszerűen illesztett. Erre vaselinnel bekent ölemez (staniol) borított a szemre, és azután vattával fűtte mindkét szemet, végre binocularis hermetice záró kötést alkalmazott.

A 4. napon kötészváltoztatásnál azt tapasztalta, hogy az átültetett bőrdarabkák epidermise nagy részben levált és három azok közül rózsaszínben tünt elő. A 8. napon a sebfelület közepéről két nagyobb bőrdarabka volt leválva, melyeket más egyenről vett bőrdarabkával pótlott. Ezek közül egy darabka a 15. napon ismét levált és ennek helyét hámréteg töltötte ki. A 21. napon a szemhéj be volt bőrvéve.

Az ezen betegnél elért eredmény, a beteg nagyfokú elgyengülését és a szemhéjnak üszkös általi nagymérvű elpusztulását véve tekintetbe, annyiban kielégítő, a mennyiben a bal szemteke visszanyerte védő szervét; a beteg szemét spontán nyitni és könnyen zárni képes.

Jelenleg az átültetett bőrdarabkák egy folytonosságot képeznek; az egész kirakott terület egyenesnek és simának látszik.

Bemutató reméli, hogy később szemhéjszugarodás nem fog bekövetkezni.

Siklóssy Gyula. A bemutató által ez esetben követett eljárást szülő szemhéj-műtéteknél sohasem alkalmazza, mert nem ad jó eredményeket, nem vezet a kívánt célhoz; a műtét tulajdonképeni célja ugyanis az, hogy egész szemhéj jöjjön létre, mely jól zár. Azt szívesen elismeri, hogy bemutató a jelen volt nagy sebfelületnek gyors behegesedését nagy ügyességgel elérte, de a végzett műtét szemhéjképzésnek nem tekinthető, mert az egyénnél most is van jelen ektropium, a szemhéjak zárása tökéletlen, úgy hogy a szaruhártya nem ép. Csermák is legutóbb megjelent nagy művében az eljárást elítéli. Ez esetben nézete szerint utólag szükség lesz szemhéjplasticára, midőn a most heggé átalakult Reverdin-féle lebenyeket majd extirpálni kell, a mi a műtétet csak nehezíti. Azonban ismétli, hogy maga a végzett műtét, mint olyan nagyon ügyesen és szerencsés eredménnyel történt. Szülő e tekintetben nem volt oly szerencsés. Több év előtt a Bock, Steltweg segéde által ajánlott eljárás szerint „stiellose Lappen“-ekkel borította a sebfelületet, de a lebenyek nem tapadtak meg. Azután kocsányos lebenyekkel, a subcután kötőszövet eltávolításával, hogy a lebeny ne legyen túlságosan vastag, próbálkozott, de ez sem sikerült jól.

Feuer Náthán. Igaz, hogy a blepharoplastica jobb eredményt szokott adni, de ez sem sikerül mindig; néha a kocsányos lebeny is elhal, vagy a gyökere ott, a hol a bőrrel összefügg és kissé csavarodik, megvastagodik. Bár a blepharoplastica, különösen, ha oly ügyes műtét, mint Siklóssy dr. végzi, igen jó eredményeket adnak, a Reverdin-féle transplantatio sem megvetendő dolog. Többször végezte a műtétet, csak hogy az alsó szemhéjon, hol a lebenyek könnyebben és jobban illeszthetők a sebfelületre. A Bock-féle eljárás ellen csak az a kifogás emelhető, hogy nagyon kis bőrkoczkákat alkalmaznak, miáltal a szemhéj márványozott külsőt nyer. A bemutatót esetben az eredmény teljesen kielégítő, mert lagophthalmus nincs jelen, a szaruhártya épsége, elegendő fedés és pislogás biztosítva van.



*Ifj. Siklóssy Gyula.* Az operált bal felső szemhéj határozottan nem oly nagy, mint a normalis, tehát a genyedő sebfelület gyors befedése elérhető ugyan, de a szemhéjképzés nem sikerült.

*Grossmann Lipót.* Constatálja, hogy az egyén a szemhéjrést teljesen jól képes zárni. A nagy lebenyek sokkal gyakrabban mennek tönkre.

#### Húgyesőplastica esete.

*Elischer Gyula.* E fiatal nő vizeletcsurgás miatt kereste fel osztályát. Előadta, hogy két év előtt terhességének ötödik hónapjában ez először mutatkozott, továbbá, hogy a vizelet később elállott, és csak miután egy ideig rendszeren catheterizáltatott, indult ismét meg, de a csurgás folyton fennállott. Rendes időben szült, de fogóképtelen volt nála szülni; a gyermekágy rendszeren folyt le, de a vizeletcsurgás e közben és ezután is jelen volt. Miután a máshelyütt közel egy hónapon át eszközölt hólyagmosás és elektromos kezelés eredményt nem hozott, f. é. február 15-dikén bemutatónál jelentkezett. Ekkor nála méhsülyedést (prolapsus uteri incompletus) és erősebb fokú cystokelet talált. Azon reményben, hogy a húgyesőnek utóbbi által való elgörbülése okozhatja a vizeletcsurgást, gondos és a húgyesőnyílásig terjedő kolkorrhaphia anteriori végzett, de minden eredmény nélkül. A hólyag kapacitása elég nagy, a beteg több, mint 300 cm<sup>3</sup> vizeletet képes tartani, ha azonban a méh bármily óvatosan is érintetik, rögtön beáll a csurgás. Az urethra külső nyílásán pedig mintegy kitágult tölecsért lehetett látni. Ennek folytán a külső sphincter urethrae reconstitutióját vette tervbe és egy, *Frank* és *Wirkel* által ajánlott operatív végzett oly formán, hogy a húgyesőnyílásban a *Martin*-féle perineoauxesist csinálta en miniatura, melynek eredménye tökéletes. A betegről és a kórfolyásról más helyütt fog bővebben beszélni.

#### Arthritis uratica esete.

*Hochhalt Károly.* Az 54 éves lesoványodott, senyves küllemű férfi, foglalkozására nézve festő, ki az utóbbi 18 éven át szakadatlanul őn és ólomtartalmú festékekkel dolgozott, 4 év óta szívbeteg. Szívtompulata haránt és hosszirányban megnagyobbodott, a csücsök az 5. bordaközben tapintható, kissé kihelyezett, felette systolikus fúvózórej hallható, a pulmonalis II. hangja ékelt, a szívűködés nagy mérvben arhythmikus, a májtompulat a köldökig ér. Tehát myocarditikus szívben a mitralis billentyűk elégtelenségére lehet következtetni. Izületi bántalma sohasem volt, kivéve kórházba jövetelét megelőző néhány napot, midőn jobb mutató ujjának metacarpophalangealis izülete egyszerre megdagadt és rendkívül fájdalmas lett. E helyen 2 tallérnyi területen a külső elpirosodott, a bőr alatti kötőszövet vízenyősen dagadt, a csontok izvégei, főleg a phalanx alsó harmada teriméjében megvastagodott. Fájdalmi igen élénkek, fúró, szaggató jellegűek, és éjjel erősbödnök; 4—5 napi tartam után a fájdalmak megszűntek, a bőrpír és vízenyő lassanként teljesen elenyésztek, úgy hogy ma már a megtámadott helyen alig észlelni mást, mint a mutatóujj I. phalanxának visszamaradt terimegnagyobbodását.

Az esetnek különös érdeket kölcsönöz azon körülmény, hogy a beteg hosszú éveken át ólomtartalmú festékekkel dolgozott, és ekként az ólom behatása oki viszonyban lehet izületi bántalmával.

*Garrod* és *Duckworth* köszvényes betegeknek egy negyedrésze ólomsenyves volt. A két bántalom szoros rokonságának, sokszor észlelt együttes fellépésének valódi okát még nem tudjuk, bár annak magyarázatát sokan megkísérelték.

*Lawrence* az ólom által befolyásult oxydációt, *Hoffmann* az alkoholizmust, *Garrod* a vesék korai bántalmazottságát okozzák. Az ólom köszvény lefolyása többnyire rohamos, gyors cachexiához vezető, a jelentkező rohamok atypikus jellegűek. A therapeutikus beavatkozást illetőleg fel kell említeni, miszerint a lúgos sókat, nevezetesen a natrium carbonicumot, natrium phosphoricumot és lithiumot minden eredmény nélkül alkalmazta. A rendszerint 1400—1800 kem. napi mennyiségű vizeletben 0.1—0.4 húgysavnál többet nem lehetett kimutatni. Ellenben a piperazin 1/2—1 grammnyi adagja után a húgysav 0.825—0.990—1.800-ra emelkedett, a piperazin tehát, legalább a jelen esetben, kiváló urát oldó képességűnek mutatkozott.

#### Pylorusrák miatt végzett gyomorresectio gyógyult esete.

*Herezel Manó.* Az 50 éves napszámosnál a kórsímet rosszindulatú újképlet által okozott pylorus szűkületre tetten és a pylorotomiát 1895. márczius 2-dikén végezte morphin-chloroform-narkosisban. A kardnyújtványtól a köldökig érő 8 cm. hosszú metszéssel megnyitotta a hasüreget. A visszacsapódott csepleszzsel együtt kihúzta a jól mozgatható pylorus daganatot, melynek nagysága kis ökölnyi volt. A daganat a nagy curvatura pylorikus részén az infiltrált lig. gastro-colicum által a colon transversummal erősen össze volt tapadva. Kiszabadítása e helyen részben tompan, részben selyemfonalakkal kettős alakítások után élesen történt. Ezen alkalommal a colon mintegy krajczárnyi felületen serosájától is meg lett fosztva, de e hiány helyén a serosa finom selyemvarratokkal összehuzatott. Most a gyomor kis görbületét kellett szabaddá tennie, természetesen csak a legszükségesebb helyen, a ligamentum gastro-hepaticum részleteinek kettős alakításával és átmetszésével.

Ennek megtörténte után a gyomrot a daganat helye felett két gummival bevont vaspálcza közé szorította, míg a duodenumot jodoformgaze-csíkkal kötötte alá. A hasúrt a daganat elővonása után steril gaze-zel jól kipárnázták, a tumort béllóval kimetszette. A gyomorbennéknak a hasúrhoz való jutását a gazeburkolat megakadályozta. Ekkor következett a gyomor és bél egyesítése. A gyomor átmetszetének széléit a kis curvaturától kiindulva bemutató *Lembert-Czerny* varrattal kétszeres sorban egyesítette és pedig az első sorban 12,

a másodikban 15 finom selyemültéssel. A gyomor átmetszet lumene így módon ép annyira kisebbsített, hogy a metszet alsó sarkán meghagyott gyomornyílás a duodenum átmetszetében hozzá illeszthető volt. Az egyesítő circularis varratot oly módon végezte, hogy először a hátsó falon 8 a muscularis rétegeken át vezetett varrat a belfelületen csomózott; a mellül alkalmazott varratok — számszerint 10, — melyek szintén csak muscularis rétegeket foglaltak magukba, a külső felületen lettek csomózva. Második sorban jött e felett 18 seroso-serosus varrat, végre ezenfelül még hátul 4, felül 3 rögzítő varrat. A varrat helye felé a kis, valamint nagy cseplesz 2—2 varrattal rögzített. A hasfalban az izomréteg 5 elhelyezett silk worm varrattal külön lett egyesítve, a sebet a hasfal összes rétegein át hatoló selyemültésekkel egyesítette.

A bőven az egészséges szövetben extirpált daganat és gyomor-részlet nagy férfi ökölnyi, ebből maga a daganat almamekkoráságú, a gyomor pylorikus részének mellő és alsó falát helyettesíti, úgy hogy a hátsó falon alig marad 1/2 cm. széles ép nyálkahártya csík. A gyomor átmetszet kerülete 25 cm.; a kis curvatura resécát része 11, a nagy curvaturáé 13 cm. hosszú. A daganat a pylorust annyira szűkíti, hogy az hollótollszárnak alig átjárható. Határa a mellő gyomorfallal élesen megjelölhető, míg hátul fokozatosan megy át a gyomorfallal. Vastagsága 2—5 cm. Külfelületén kisebb-nagyobb göböket és dudorokat mutat; belső felületén nagyobb részt kifehéredett, sárgásbarna szövetzafatokkal fedett és a széklet felé sárgásfehér, kevésbé tömött ráncok által határolt. Átmetszetén szürkessárga, üvegszerűen fénylő, vakarásra sok nyakos-zavaros váladékot ad.

A ligamentum gastrocolicum-nak mirigyekkel együtt kiirtott részlete bőven egészségesben van átmetszve.

Görösövi vizsgálatnál a daganat carcinoma medullare-nek bizonyult.

A gyógyulás teljesen láztalanul, reactio nélkül folyt le. A műtét utáni éjjelen a beteg nem esuklott, nem hányt, keveset aludt, szelek mentek el tőle. Naponta kapott tápláló csőröket, a 2—3. naptól kezdve kevés cognacos theát nyelt, a 9-dik napon már 1 liter tejet fogyasztott el. A hasfal varratai a 7-dik napon eltávolították, a seb per primam egyesült. A betegnek naponta volt spontán székürülése. A 18-dik napon a beteg fonjárt. Kitűnő étvágy jelentkezett nála; eledel eleinte híg és pépes ételekből állott. Most már mindent eszik. A műtét előtt súlya 42 kgm. volt; jelenleg 4 héttel a műtét után 51 kgm.-ot nyom.

## IRODALOM-SZEMLE.

### I. Könyvismertetés.

**E. Brissaud.** Leçons sur les maladies nerveuses, recueillies et publiées par H. Meige. Páris 1895. 644 l. 240 ábra. Ára 18 frank.

*Charcot* örökségül nemcsak munkálatait hagyta hátra, hanem egész sorozatát a tehetséges, munkás tanítványoknak is, kik a nagy mester halála után ernyedetlen hévvel s az ő szellemében szolgálják a tudományt. Egyike a legkiválóbb tanítványoknak, *Brissaud*, e mintaszerűen kiállított kötetben azon előadásait közli, a melyeket *Charcot* tanszékének helyettesítése idejében 1893—1894. tanévben tartott. 30 fejezetben klinikai anyag alapján egész sorozata van tárgyalva a legérdekesebb idegkórtani kérdéseknek, mindenütt a legmodernebb felfogás alapján s mindenütt újat csatolva ismereteinkhez. A szerző egyike az elméletileg is legképzettebb buvárok-nak e téren s fejtegetéseiben nem egy helyen foglalkozik szövettani, élettani kérdésekkel, kiindulva klinikai problémákból s visszatérve a klinikára. A kiválóbb előadások tartalma: Az oldalnyaláb sclerosisról — *Charcot*-féle betegség —, az amyotrophikus oldalnyaláb sclerosisról s más hasonló bajokról, a *Pott*-féle kórról, a syringomyeliáról, az érzési zavarokról, az ophthalmoplegiáról, a *Basedow* kórról stb. Egész sorozata az eredeti s kitűnően sikerült ábráknak értelmezi a szöveget.

—ss—

### II. Lapszemle.

#### Kórtan.

A *Neisser*-féle gonococcus tenyésztéséről tartott előadást *Kiefer* a „Berliner medicinische Gesellschaft“ márczius 27-dikén tartott ülésén. Ismeretes, hogy *Wertheim* volt az első, ki a vérsavóagárban jó tenyésztőanyagot talált a gonococcus számára. Ezen módszernek azonban vannak hátrányai, így első sorban nehézség mindenkor kellő mennyiségű emberi vérsavót kapni. Iparkodtak tehát a vérsavót más anyaggal helyettesíteni és erre a célra az ascites-folyadékot, később pedig a húgyot ajánlották. Tényleg a húgyból és agárból álló tenyésztőanyagon néha jól nő a gonococcus, máskor azonban nem és így csak pozitív eredmény esetén volt sikere a vizsgálatnak. *Kiefer* azon ismeretes



észleletből indulva ki, hogy a gonococcusok előszeretettel tartózkodnak és szaporodnak a leucocytaokban, melyek a test legfontosabb peptonvivői, megkísérlette, nem lehetne-e a tápanyag pepton-tartalmának növelésével célt érni? Hosszasabb kísérletezés után sikerült is egy tápanyagot találni, melyen a gonococcusok biztosan nőnek: ascites-folyadékot glicerin-agarral kever, a pepton-tartalmat 5%-ra növeli és azután 6 egymásután következő napon 2—2 órán keresztül 62—63° mellett sterilizál. Az ascites-folyadék lehetőleg fehérjédús legyen (a has rosszindulatú daganatai stb.). A húgyban előforduló, a gonococcushoz hasonló 5-féle mikrobától a gonococcus a Gram-féle festéssel megkülönböztethető, a mennyiben ez 15 másodperc alatt már elszíntelenedik, a többi pedig sokkal tovább tartja meg színét.

**A láz és a leucocytosis befolyásáról a fertőző betegségekre** írta *Loewy és Richter*. Lázat a kísérleti állatoknál a corpus striatum sértése által (Sachs-Aronsohn-féle eljárás) idéztek elő és azt találták, hogy a halálos adag 2—3-szorosát (tyúkholera, pneumonia, diphtheria) is elbírák a corpus striatum sértés folytán lázassá tett állatok. A mi pedig a leucocytosist illeti, ennek előidézésére első sorban a pilocarpint használták, mint a melylyel házinyúlul gyorsan lehet kifejezett leucocytosist elérni. Minthogy azonban ezen szernél gyakoriak a mérgezések, a további kísérletekben főleg a spermint használták ezen célra és pedig intravenosus befeeszkendezés alakjában, mint a mikor sokkal gyorsabban mutatkozik a leucocytosis. Pneumococcus-fertőzésnél az eredmény felülnő volt. A halálos adag 3—4-szeresét is elbírák az állatok, ha olyankor történt a fertőzés, a mikor már meg volt a leucocytosis. Ha azonban csak 24 órával a fertőzés után idéztek elő leucocytosist, akkor a hatás csak abban nyilvánult, hogy a halál később következett be, mint a kontroll-állatoknál. (Deutsche medic. Wochenschrift, 1895. 15. sz.)

### Sebészet.

**Három májsértést** közöl *Zeidler*, a melyeket a többek casuistikájának összehasonlításával ismertet. Három esetében semmi különös tünetmenty a szokottakon kívül nem mutatkozott. Az elsőnél a schock és a hashártya izgatottság tünetmentyei voltak a tünetnyomók, és annak dacára, hogy a vérvesztés roppant nagy volt, a heveny vérszegénység tünetmentyei nem léptek fel. A második esetben a hashártya izgatottságának tünetmentyei teljesen hiányoztak, hanem annál súlyosabbak voltak a belső vérzés folytán fellépő heveny vérszegénység tünetmentyei, pedig a vérvesztés nem volt nagyobb, mint az első esetben. A harmadik esetben az egyén gyalog jött be a kórházba. Mindenesetre nevezetes tünetmenty volt az a két elsőnél, hogy úgy a máj 4 cm.-nyi hosszú, 1/2 cm. mély repesztett sebénél, mint a máj 1 cm. mély, szúrtésszel szúrt sebénél mily roppant nagy volt a vérzés. A vérzés parenchym jellegű volt és állandó. A májseb vérzése magától nem állott el és dacára annak, hogy nagyobb véredény nem lett megsértve, a vérzés halálossá vált volna. Egy esetben tamponálta a vérzést, 2 esetben paquelinezte a vérző felületet s tampon helyezett a seb felületére. A gazetatampon körül nemsokára peritonealis összenövés képződtek, a melyek a seb környékét a hasür többi részétől elzárták, a mi biztosítékot nyújtott némileg az ellen, hogy a hashártya nem lesz a genyedés vagy az epebeömlés által fertőzve. (Deutsche med. Wochenschr. 1894. 37. sz.) *Ch. dr.*

**Az ileusról** irt tanulmányában *Schlange* kórtörténetek alapján leírja a dinamikus módon támadt ileust, továbbá a mechanikus, strangulációs és obturációs módon fellépő ileusok tünetmentyit. Ezen különböző okokból létrejövő ileus tünetmentyei egymással összekeveredhetnek s épen úgy mint hájas egyéneknek a kórisre felállításánál nehézségeket gördíthetnek. Főszlyt fektet a bél alakjának és mozgásváltozásának különböző phasisaira. Általános peritonitisnél a bél nem csupán felpuffadt, hanem teljesen mozgathatlan. Strangulációnál a leszorított vagy a megfordult bélkaes igen puffadt, és mivel a lefűződés helyén rögzítve van, peristaltikája nem működik, az elvezető kaes összehúzódott, az odavezető kaes kevésbé változik el, ha nagyobb részlete a bélnek van leszorítva, míg ha a bélnek kisebb részlete van leszorítva, az nagyon felpuffadt és a meddig a hashártyagyulladás nem lép fel, addig szabadon mozgatható. S ezt a tünetmenty lokális meteorismus nevé-

vel jelöli. A bél obturációjánál az elvezető részlet üres és összeesett, míg az odavezető rész kitágult s e tágulás a gyomor felé felszállólag csökken s peristaltikája különböző erősségű. Ma is még azon véleményen van ezek alapján, hogy diffus hashártyagyulladásnál gyomormosás, morphium és a szokott kezelésem kívül legfeljebb a bél punktióját tartja szükségesnek, avagy bélsipoly elkészítését indítványozza. Ha egy nagyobb bélrészlet lesz leszorítva, a melynél szabad hasüri izzadmány lép fel s többnyire könnyen kórismezhető, laparotomia végzendő úgy, hogy a bélrészletet felszabadítjuk, esetleg szükség esetén resekáljuk. Olyan eseteknél, a hol ileus tünetmentyei fennállanak, s bélpuffadás nem állapítható meg s a sérvkapuk tájain sem találunk semmi elváltozást, várnunk kell a hasmetszéssel, a míg objectiv tünetmentyek nem mutatkoznak, és csakis bár kis bélrészletnek a puffadása után végezendő. Az obturatio által támadt ileusnál hiányzanak a kezdő nagy fájdalmak, a collapsus és a bélkaesrészletek puffadása azok peristaltikájával. Ha kinyomozható az obturatio oka, előbb az odavezető majd az elvezető bélrészletet kell kitakarítani. Epekö által okozott ileusnál meg kell nyitni a hasüreget, ha az opium-adagolás dacára fennáll. Hasonlóan indikált a bélinvaginációnál, a hol vagy desinvaginációt vagy bélresectiót kell azután végezni. (Centralbl. für Chir. 1894. 36. sz.) *Ch. dr.*

**A hereburok és az ondózsínór daganata.** Egy 57 éves betegnél lassan egy hatalmas tumor fejlődött, mely az egész scrotumot kitöltötte, maga a here pedig csak a felső zúgban volt kitapintható. A daganat kemény és lágyabb részekből állott, mely felett a scrotum bőre erősen hozzá nőtt. A daganatot *Karcwski* eltávolította, melynek súlya 8950 gm. A daganat a herének és az ondózsínórnak burkából nőtt ki, lipoma, fibroma, sarcoma, myxoma és cystából állott. (Deutsche med. Wochenschrift 1894.) *Novotny dr.*

**Lupus kezelésére** saját tapasztalatai alapján *Sympton* igen melegen ajánlja a salicylkollodiumot. (Acidi salicylici 3·75, extract. cannab. ind. 0·6, collodii 30·0.) A kezelés igen egyszerű s eredményeiben megegyezik az izzó vassal és éles kanállal való kezeléssel. A fekélyek szépen megtisztulnak, s a göböcskék eltűnnek s a bőr visszakapja újra előbbi természetes simaságát. A kezelésnél elegendő a fekélyes felületet kétszer hetenként beecsetelni. (Centralblatt für Chirurgie, 1894. 36. sz.) *Ch. dr.*

### Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. **Mydrin** nevű új mydriaticumot hoztak újabban áruba, mely az ephedrin és homatropin combinációja. Nagy előnye e szernek *Groenouw* vizsgálatai szerint az, hogy hatása nagyon gyorsan, néhány óra alatt elmúlik, míg a homatropin-okozta mydriasis csak 1—2 nap múlva, az atropin-mydriasis pedig még később szűnik. Szemtükrrel vizsgálatra a következő oldat használható: Rp. Mydrini 0·3; Aquae destill. 3·0. S. Szemeseppek. (Wiener medic. Presse, 1895. 12. sz.)

2. **A microcidint** (natrium  $\beta$ -naphtholicum) *Cozzolino* kitünő eredménnyel használta heveny és idült genyes középső fülloboknál, továbbá rhinitis, ozaena és amygdalitis különböző alakjainál. Fülloboknál 0·3—0·4%-os oldatot használt, orr- és torokbajoknál pedig 0·1%-osat. Ozaenánál jó eredményű a következő kenőcs is: Rp. Microcidini 0·1; Cocaini hydrochlor. 0·15; Vaselini 30·0. M. f. unguentum. (Wiener medic. Presse, 1895. 12. sz.)

3. **Chorea** 5 esetében gyors javulást látott bekövetkezni *Weiss* propylamin használatát után. Kis adagok hatástalanok, naponként 2—4 gramm, súlyos esetekben pedig 5—10 gramm is adandó. A szert a gyermekek jól tűrik, kellemetlen mellékhatások nem észlelhetők. Következőképpen rendelhető: Rp. Propylamini veri anhydrici 2·0—7·0; Aquae destill. 80·0; Syr. menth. pip. 25·0. M. D. S. Evőkanalanként egy nap alatt elfogyasztandó. (Allgem. Wiener med. Zeitung, 1894. 42. sz.)

4. **Malaria gyógyítása terhes nőknél.** Ismeretes, hogy a chinin még kicsiny adagokban is (15—20 centigramm) összehúzólag hat a méh sima izomsejtjeire és azért használatát terhes nőknél veszélyes lehet. Malariában szenvedő terhes nőknél tehát *Titone* a phenocollum hydrochloricumot ajánlja, mint a mely a malaria biztos gyógyszere — sokszor olyan esetekben is használ, melyek chininre nem javulnak — és méhösszehúzóásokat nem idéz elő. Az adag 40 centigramm néhány órával a lázroham előtt. (Riforma medica, 1894. 272. sz.)



## TÁRCZA.

## A belorvosok XIII. congressusa Münchenben.

(1895. április 2-dikától 5-dikéig.)

(Folytatás)

Április 3-dikán délelőtt a *rustherapia* volt kitűzve tárgyalásra. Referensek *Bunge* és *Quincke* voltak.

*Bunge* (Basel) referenssé választása nem volt szerencsés gondolat, teoriás álláspontjából s nem észleletekből indulva ki, a vaskérdés valóságos torzképpé vált kezében. Szerinte az állati szervezet a haemoglobin-hoz szükséges vasat szerves vegyületekből a táplálékban veszi fel s a szervesen vasat (*Hamburger, Schmiedeberg* és *Marfori* vizsgálatai alapján) nem szívatik fel. *Bunge* a tojás-sárgában talált olyan vasvegyületet, a mely felszívódik, s a melyet haematogennek nevez. Vizsgálatai szerint a táplálékok igen különböző mennyiségben tartalmaznak vasat (pl. 100 gm. száraz anyagban: rizs 1'8, tej 2'5, burgonya 6'4, alma 13'2, marhahús 16'6, laboda 35'9) s ezen körülményt a gyógyítás szempontjából tekintetbe kell venni. Míg ugyanis pl. a tej többi alkotórészei arányában megfelel a fiatal állati szervezet alkotának, addig a vasat jóval csekélyebb mennyiségben tartalmazza. *Bunge* szerint a hiányzó vas a szopás idejében azáltal lenne pótolva, hogy a fiatal állat születésénél magával hozza a szükséges vasat (hol? melyik szervében?), de veszedelmesnek tartja, hogy a gyermek a szoptatási idő leteltével még főképen tejből éljen, s hogy kevésvértű betegekkel tejet itassunk, s bizonyítékot lát felvételére abban a körülményben, hogy a tengeri malacok szívesen esznek labodát! A sápadtság körököt is felderíti *Bunge*: a rezerv-vasat, a mely véleménye szerint az embrióban meggyűl, a női szervezet már a serdülő időben előre halmozza fel magában, hogy azután átadhassa, így egyeseknél a vasat magától vonja meg, az ilyenek esnek chlorosisba. A szervesen vaskészítmények szerint nem szívódnak fel, s ha egyes szervek, mint pl. a ferratin fel is szívódik, úgy az még nem bizonyítja, hogy assimilálódik is. A táplálékokban foglalt vas ellenben teljesen felvétetik a szervezetbe s ezért B. sohasem tudta megérteni, hogy miért rendelik az orvosok a vasat a gyógyszerháztól s miért nem inkább a piacról. Véréinkben mintegy 1'7 gm. vas van, ha a sápadtságnál egy harmadrésze elvész úgy az csak 0'6, s ennyi vas van 15 kilogr. húsból, a mit egy hónap alatt el lehet fogyasztani. (Ilyen véleménye persze csak annak lehet, a ki cikket ír ugyan a chlorosisról, de még sápadtságos beteget nem látott. Ref.) *Bunge* olvasott már olyan cikkeket, a melyekben le volt írva, hogy a vas vétele mellett hogyan szaporodott a haemoglobin, de azt hiszi egyszerű nyugalom mellett is úgy javult volna a beteg s a látszólagos hatás csak suggestio. (Tehát a vas sem használ már! szegény therapia! csak szerenese, hogy a kémikus *Bunge* még a suggestióban bizik. Ref.)

*Quincke* (Kiel) a vasat három alakban gondolja a szervezetben: 1. a sejtekben, 2. oldva a vérben, 3. rezerv állapotban; az oldott vas szaporodva van lázas bántalmaknál, vészes kevésvértűségnél, koleránál s talán a sápadtság kifejlődési időszakában, míg megfogyott a traumás eredetű vérefogyottságoknál. A különféle vaskészítmények hatása nem egyenlő, nem helyes a vaskészítmények felszívását egészséges állatokon tanulmányozni, mert így a gyógyító hatást nem ítéltük kellőképpen meg, hanem többszörös vérboesátás által kevésvértű állatokon kellene a vizsgálatokat végezni (de ez sem adhat felvilágosítást a chlorosisra, mert anaemia és chlorosis két különböző állapot! Ref.) A vaskészítmények kedvezőtlen hatását a gyomor falán elkerüljük a telt gyomorba-vétel által, továbbá a vasalbuminátok adása által, daczára azonban a sok új vaskészítménynek, a Bland-féle pilulák mégis a legjobb hatásúak. A vasból naponta 0'05—0'10 elégséges, 0'2 már erős adat (tisztá vastartalmat véve alapul, a ferr. sulf. oxydul. 20, a ferr. carbon. sacchar. 10, a tinct. ferri pomati 1'4, a syr. ferri jodati 0'7, a ferratin 6—7, a carniferrin 30% vasat tartalmaznak.) Bőr alá is fecskendezhetjük a vasat, ha a gyomor nem türi, legalkalmasabb a ferr. citricum (22% vas) 5%-os oldata, a melyből naponta 1—2 km. fecskendezendő be; kívánatos volna azonban, hogy ezen kezelési mód behatóbb tanulmány tárgyává tétessék.

*Stiefler* (Steben) tiltakozik *Bunge* suggestión alapuló magyarázata ellen. Az a körülmény, hogy a vas legnagyobb része a bél-

sárral távolodik el, még nem bizonyítja, hogy ezen vas a belekben áthaladása alatt nem hathatott volna kedvezően, másrésről a bőr alá fecskendett vasról is tudjuk, hogy az egyes szervekbe jut s ott deponálódik. Sápadtságnál nem kell túlságos sok vasat adni, igen jól hatnak a vasas vizek, főleg — Stebenben.

*Heubner* (Berlin) úgy találja, hogy a gyermekek kevésvértűségénél nem használ, sőt árt is a túlságosan hosszúra nyújtott tejdiéta. Másrésről azonban kiemeli, hogy ha betegeknek a szokásos vaspilulák tartalmához arányban akarnánk táplálékban vasat adni, úgy igen nagy mennyiségeket kellene elfogyasztatni, a melyeket sem a beteg gyomra, sem erszénye nem bírna meg, 15 kiló hús lévén 30 márka, 300 Bland-pilula 3 márka.

*Immermann* (Basel) hangsúlyozza *Bunge* ellenében, hogy a sápadtság olyan egyéneknek is előfordul, a kik a legvasdúsabb táplálékkal éltek, s a kórházban a legelhanyagoltabb sápadtság is csak 1—2 hétig látszik a jobb táplálás mellett javulni, s ha a beteg vasat nem kap, vére csakhamar ismét rosszabbodásnak indul. A chlorosis oka nem a vas hiányos bevételeből keletkezik, hanem a rossz vérképződésből. A vaskészítmények mint izgatók hatnak s így hat a ferr. sulfur. is natr. bicarbon.-mal adva, akár felszívódik az, akár nem.

*Siegfried* (Rippoldsau) a vas mellett a magaslati helyek kitűnő hatásáról beszél.

*Reinert* (Tübinga) vizsgálatokat végzett indifferens szereléssel jó táplálás mellett, de mindaddig határozott javulást nem látott, a míg vasat nem adott. Az új vaskészítményekkel szemben legtöbb hatást a Bland-féle piluláktól tapasztalt.

*Nothnagel* (Bécs) szintén a Bland-pilulákat dicséri, mellette azonban fontosnak tartja az ágyban fekvést s hosszabb időn át minden testi fáradalom kerülését.

*Ziemssen* (München) a Bland-féle pilulák mellett naponta 3-szor 1—1 evőkanál liquor ferri albuminati-t is ad. Ő is hiában kísérlette meg a sápadtságos betegeket egyszerűen fokozott táplálással gyógyítani. A gyomorhurutos tüneteket nem kell külön kezelni, azok a vas hatása alatt gyógyulnak legjobban. A ferratin jó készítmény ugyan, de nem jobb a régiéknél. A nyugalomra nagy súlyt fektet.

*Bäumler* (Freiburg Br.) a suggestio-hatást kizártnak tekinti, a vasat nagy adatban adja s erre legzélszerűbbnek a Bland-pilulákat véli. A gyomortüneteket, ha ulcus ventr. nincs jelen, ő is figyelmen kívül hagyja.

*Edlefsen* (Hamburg). Gyomorzaravok esetén evés előtt 5 csepp sósavat ad s evés után ferr. carbon. pilulákat. A kúrát kellő nyugalom mellett 2—3 hónapig kell folytatni.

*Ewall* (Berlin) szerint a chlorosisban szenvedők egy részénél a sósavképződés csökkent, sőt hiányzik is, de másoknál még fokozottabb s ilyenkor más kezelés szükséges.

*Bunge* referens zárószavában a magaslati helyeken észlelt gyors haemoglobin-szaporodást nem újonnan képződésből származtatja, hanem az érfalak megváltozott rugalmassági vagy tágassági viszonyaiból, s ennek folytán megváltozott vérmennyiségből. Ugyanezen processus megfordítottja áll elő, ha a magaslati helyről mélyen fekvőre mennek át a betegek.

*Quincke* a physiologiai és klinikai észlelés tere különböző voltában találja a magyarázatok eltérése okát. A vas hatása a betegeknek teljesen meg van állapítva. A gyomorbajoknál az atoniás állapotokat nem szabad egybevetni kevésvértűségen alapuló gyomortünetekkel s az előbbieket kezelése más eljárást követel.

\*\*\*

Április 4-dikén délelőtt a typhilitisek kórtana és kezelése volt tárgyalásra tűzve.

*Sahli* (Bern) referens. A typhilitisek alatt mindazon gyulladásokat kell összefoglalni, a melyek a vakbélből indulnak ki, gyakran nagyobb bélterületekre áttérjednek, de a melyek oka nem daganatban rejlik. Nem látszik jogosultnak a typhilitisek különböző alakjait mint peri-, paratyphilitis megnevezni, mert ilyen különválás tényleg nincsen. A képződött daganat a bélfalak erős beszűrődéséből, a béltartalom stagnálásából s a gyulladás termékeiből — a mely valószínűleg mindig genyedséges — áll. A gyulladt



bélrészletben levő bakteriumok igen sokfélék, nem jellegzők. Klinikai tünetek: a hasfalak ellenállása, néha vízkóros beszűrődése, hideglelés, rendetlen járású lázak, hányás, súlyos általános tünetek. E mellett az iliaikális tájon körülírt helyre korlátozott érzékenység. A typhlitis gyakran magától is meggyógyul: a vakbél tartalma kiürül a vastag bélbe; ezen körülmény azon véleményt keltette az írók egy részében, hogy egyszerű savós izzadmánynyal járó gyulladások is léteznek, a mit ma kétségbe kell vonni. Bonczolásoknál ugyan a genyedség nem mindig látható, mert a bélsárral keverődve s a bakteriumok pusztító hatásának kitéve a genyedség alakelemei annyira elváltoznak, hogy felismerhetetlenekké lesznek, még mikroszkop alatt is. Az áttörés rendszeren a bél felé törni, erre ugyanis az ellenállás sokkal csekélyebb. A német hadseregben 6 év alatt 2000 esetét észlelték a typhlitisnek 96% spontán gyógyulással. Svájcban kérdezősködés alapján 7123 esetről értesült Sahli, ezek közül csak 473 lett operálva, a nem operáltak halandósága 8·8% volt. Recidiva 20·8% fordult elő.

A gyógyítást illetőleg — gyulladásról és lobtermékről lévén szó — felesleges, sőt káros a betegeket hashajtókkal gyötörni, kíváncsi azonban a genyedség kiürítése. Miután azonban ez az esetek igen nagy többségében magától is megtörténik, sürgős jelenségektől eltekintve, várni kell, míg ha nagyfokú bágyadság, a hőmérsék túl magas vagy túl alacsony foka, a nyelv száraz volta, hányás, fehérjevezelés stb. állanak elő, úgy a műtét el nem kerülhető. Az első időben: jégborogatás, opium egyszeri kis adatokban, nehogy bénulás álljon be a belekben, végbélbeöntések, teljes böjtölés még vízelvonás is, helybeli vérbocsátások volnának javulva. Ha látszólag még oly jól halad is a gyógyulás, résen kell lennünk, mert igen hirtelen megváltozhat a kép s nagy mennyiségű genyedség gyűlhet össze, a midőn annak sebészi eltávolítása gyorsan eszközrendő. Az appendix főleg recidiváló esetekben eltávolítandó.

(Vége következik.)

Jendrassik Ernő.

## Német sebészeti iskola, irányok és elvek.

(Folytatás.)

Most pedig kissé bővebben szeretnék rátérni gyakorlati sebészetünk fundamentalis elvére és napi kenyerére: az asepsisre. Ne tessék csodálkozni és elutasítani azzal, hogy e kérdésben a modern sebészek táborában nincsen eltérés. Ez a megjegyzés elvben igaz — talán. Csak az a kérdés, mely határig tartja valaki az asepsis gyakorlását elvnek? Bacteriologie a felelet könnyen formulázható: addig, a míg a seb staphylo- és streptococcusokkal, vagy általában genyedést okozó mikroorganizmusokkal fertőzve nincsen. Miután azonban ez elméleti meghatározás a gyakorlatba át nem vihető és a seben érkezők számára hozzáférhető jeleit a megtörtént fertőzésnek nem ismerjük, valamint a sebfertőzés külső feltételei sem jutottak amaz elméleti meghatározás határán túl: mindjárt e pontnál kezdődik a vélemények szétágazása. Elméletben egész egyszerűnek látszik a problema megoldása, hogy a fertőzés csirait a sebben elpusztítsuk; a hogy a sebfertőzés felfedezése idejében csakugyan könnyűnek is látszott a feladat. De csak elméletben és látszott. A gyakorlat arra tanított, hogy a fertőzés okozóinak életképessége ellenállóbb az organizmus szöveteinél, és az elmélet csakhamar elvet cserélt, oda módosítván tanácsát, hogy tehát zárjuk ki a fertőzést, távol tartván csirait a sebtől. Ismét egyszerű tanács és kétségtelentül észszerű, csupán abban a hibában leledzik, hogy meg nem mondja, mi fertőzi a sebet? Mindezek a sebfertőzési elmélet történetének egy-egy korszakát jelzik és nem érdektelenek átmenetei. Miután Lister felfedezése és erre alapított sebkezelése diadalmenetben bejárta az egész művelt világot, a carbolsav volt évtizedeken keresztül az antisepsis souverain szere, úgy hogy nincsen betegség, a mely ellen alkalmazását meg ne kísérelték volna, gyakran a szervezet nagy kárára. A mindinkább szaporodó rossz eredmények végre is megindították a szerbe vetett vak hitet, az elvet azonban érintetlenül hagyták, és csak évtizedek tapasztalata, az antisepticumok egész legiójának sikertelensége, valamint a kísérő bacteriologikus vizsgálatok eredményei voltak képesek rést ütni rajta. Az antisepsis ezzel eljátszott szerepét és felesleges teherként kidobván,

a hajó az asepsis vitorlái alatt könnyebbülten evez tovább. Az emberi fejlődés azonban nem ugrásokban, nem is rohamlépésben halad s az átmenet itt is fokozatos volt. Az asepsis első jelenségeit már ott találjuk, mikor a sebbel érintkezésbe jövő minden halmazállapotú testet antisepticumokkal csiramentessé tenni törekedtek. Ebbe az időbe esik a spray- és az irrigatio alatt való dolgozás, a carbololdatok egész özönvizében. A kérdés az volt, és ma sem más, mi viszi a sebbel a fertőzés csirait. És érdekes, miként változott a felfogás e csirákat vivő közegek felől. Az első időszak általában mindent gyanúsított fertőzőképességgel, levegőt, vizet és a közhasználat tárgyait egyaránt, egész a testfelület hámrétegéig. Ha a levegő viselte e gyanuban az oroszlanrészt, abban leli magyarázatát, mert ez tűnt fel legplausibilisebben az összfertőzés közvetítőjének. Bacteriologikus vizsgálat és tapasztalat felmentették a levegőt e vád alól és a sebészeket a spray használat kinszenvedéseitől. Legközelebb feküdt immár azon feltevés, hogy a sebészhez az ellátás előtt vele érintkezésbe jött anyagok — a mik a sebészeti piszok összfogalma alá foglalhatók, — vivői az infekciónak. E felfogásból kifolyólag vetjük a sebet ellátása előtt ma is gondos mechanikus és vegyi tisztításnak alá és a tradíciók hatalmánál fogva desinfectáljuk, daczára annak, hogy számtalan kísérlet hatástalannak bizonyítja az organizmus természetét. Nem csekély azonban azoknak száma, a kik a tiszta vízzel is beérik, miután bizonyossá vált, hogy a víz iránt táplált bizalmatlanságunk sem volt teljes mértékben jogosult. Mindeme vajadás közben az asepsis elérésére irányuló törekvéseink is alakot változtattak, a vegyi út, az alkalmazható koncentrációk mellett, nem bizonyult feltétlenül megbízhatónak, sőt használatos gyengébb oldataiból sikerült bacteriumkulturákat tenyészteni. Most már a bacteriologikus vizsgálat útmutatása a forró gőzben adott kezünkbe megbízható sterilizáló módszert s csakis ott, a hol organikus szövetek alkalmazását kizárják, tartja magát több-kevesebb in- és extensitásban a vegyi desinfectio. Napjai azonban meg vannak számlálva, legalább a mostani áramlat nem hosszú életet ígér; számosan vannak és tekintélyes ellenségei, kik nemcsak hatását tagadják, de a szövetek káros izgatását is rovására írják és sterilizált vízzel mechanikus tisztítással beérik.

A kérdés az, mit sterilizáljunk az asepsis elérése céljából? Kézenfekvőnek látszik a felelet, hogy mindent, a mi a sebbel érintkezik. Eltekintve attól, hogy ez a szándék a gyakorlati kivitel lehetőségén hajótörést szenved, már az által is meghiúsul, hogy a sebet, ha magunk nem csináljuk, a fenn jelzett sebészeti piszokkal legszorosabb érintkezésben kapjuk.

De tekintsünk el egyelőre ez esettől; mire fogjuk kiterjeszteni a sterilizálást saját sebészeinknél? Mindenek előtt a levegőre nem, az vegyi összetételében önmagát sterilizálja tömegének kellő cseréje mellett és csupán e cseréről gondoskodni lesz feladatunk. Következnék a műtét terület és a vele érintkező operáló kéz hámfelülete. Miután organikus szövet létére gőzön nem sterilizálható, az asepsisre irányuló törekvéseink a mechanikus tisztításnál megbízhatóbb eszköz birtokába még nem jutottak, hitelét vesztvén a vegyi desinfectio, mennyiben szükséges és minő garantiát nyújt e módszer? A szarusodással elhaló hámréteg, repedéseivel, mikroorganizmusok megtelepedésére alkalmas talajul szolgál, ha ezek ugyanis hozzájutottak. Ez utóbbi eset azonban távolról sem bizonyult olyan gyakorinak, mint a hogy a régi felfogás tartotta, csupán az tehető fel minden esetben nagy valószínűséggel, hogy kórházi foglalkozásunk és érintkezésünk közben septikus anyagokkal érintkezett kezünk csirák által fertőzve van, míg a normalis hámfelület csaknem biztossággal aseptikusnak felvehető. Tehát a kezünk iránt mindenkor köteles bizalmatlanságunk, valamint az a „csaknem“ a műtét területén szabja meg a teendőket mai álláspontunkon. És mit várhatunk a tisztítástól? Sokkal többet, mint első tekintetre látszanék. Sértetlen hámfelület teljes biztossággal volt a kísérletek számos esetében csiramentesíthető még előzetes fertőzése után is és vele érintkező termőtalajon kulturákat nem adott. Hogy a vegyi desinfectio a mellett még igen elterjedt alkalmazásnak örvend, az a nagyobb biztosság okáért történni és régi tekintélyének hatása, de sértetlen felületen az alkalmazható koncentrációban lehet is talán némi bacterium fejlődést gátló értéke, nem akkora természetesen, hogy alkalmazása súlyt érdemelne.

(Folytatása következik.)

Ihrig Lajos dr.



## Heti szemle.

Budapest, 1895. április 19-dikén.

A diphtheritis serumtherapiája. *Blattner* a zürichi sebészeti klinikán tett tapasztalatait közli. Összesen 38 beteget kezeltek serummal, és pedig 5 felnőttet és 33 gyermeket. A Löffler-féle bacillus valamennyi esetben kimutatható volt, de csak 4 esetben tisztán, a többiekben streptococcusokkal, staphylococcusokkal, diplococcusokkal stb. vegyesen. A 38 beteg közül csak 3 került a betegség 1. napján észlelés alá; 9 a 2., 8 a 3., 8 a 4., 7 az 5., 1 a 6., 1 a 8. és 1 a 10. napon jött a klinikára. Intubatio 1 esetben, tracheotomia 2 esetben és intubatio secundaer tracheotomiával 4 esetben végeztetett. A 38 beteg közül csak 9 halt meg, a halálozás tehát 23,6%-ot tett. A serumkezelés előtti időben a halálozás százaléka 37,5 volt. Különösen feltűnt az általános állapot gyors javulása. A hőmérsék többnyire már másnap a rendszerre szállt alá. Exanthema, az egész testre kiterjedő urticaria alakjában, csak 1 esetben észleltetett. Egy esetben még 27 nap múlva kimutathatók voltak a diphtheritis-bacillusok. (Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte, 1895. 5. sz.)

*Schröder* az altonai városi kórházban 63 betegen tett észleleteiről ad számot. 7 eset kivételével a többiekben kimutathatók voltak a Löffler-bacillusok. A betegek közül 8 halt meg, vagyis 12,69%. Tracheotomia 31 esetben végeztetett, ezek közül 3=9,67% végződött halálosan. A betegség 1. és 2. napján 23 beteg jött kezelés alá, közülük meghalt 1; a betegség 3. és 4. napján gyógyítás alá került 27 beteg közül 3 halt meg; a 4. napon túl kórházba jött 13 eset közül pedig 4 végződött halálosan. Gyors hőcsökkenést a serum alkalmazása után csak ritkán észleltek, az állhártyák azonban sokkal gyorsabban váltak le, a tracheotomizált esetekben pedig a canule eltávolítása sokkal korábban volt végezhető. A serumkezeléssel együtt a lokális kezelést is alkalmazták, és pedig vastag hárttyák jelenlétének étetéseket carbol és alkohol egyenlő mennyiségéből készült keverékkel, különben pedig esetleleteket borkősav-sublimattal. Albuminuria 69,84%-ban volt jelen, tehát valamivel több, mint az előző évben (58%), a mi különben abból magyarázható, hogy a fehérje kimutatását jelenleg pontosabban végzik. 2 esetben erythema multiforme, 5 esetben pedig urticaria jelentkezett 7—8 nappal a befejezkendezés után. A serummal kezelt és elhalt betegek boncolásakor a szívizomzatban oly erős zsíros elfajulást találtak, a milyent a serum előtti időben nem észleltek. Hűdések nem voltak ritkábbak, mint a serum előtti időben. Feltűnő volt, hogy a serummal kezelt gyermekek egy része az üdülés szakában erős izzadásra volt hajlamos. A serum prophylaktikus értékéről szerző nem rendelkezik adatokkal és csak egy esetet említ, melyben a scarlatinában szenvedő 2 éves gyermeknek a torokban észlelt lepedék miatt — a mely azonban a bacteriologiai vizsgálat alapján nem diphtheriának bizonyult — egy palaez II. sz. Behring-serumot feekendeztek be; a gyermek ennek daczára 40 nap múlva valódi diphtheriában betegedett meg. (Münchener medicinsche Wochenschrift, 1895. 14. a. és 15. sz.)

\*\*\*

— Budapest székes főváros közegészségi állapota 1895. évi február hóban. A székes főváros közegészségi állapota a múlt havihoz viszonyítva általános halálozás tekintetében csekély emelkedést mutat. (Elhalt a múlt hóban 1098, e hóban 1131 egyén.) Apadt a heveny ragályos kórok száma mintegy 100 esettel, mely apadás a bárányhimlő és kanyaróra szorítkozik, a többi heveny ragályos kórban felemlítésre érdemes számbeli változás nem fordult elő. Élve született e hóban 1746, meghalt katonák nélkül s az útról jött s itt elhalt 106 egyén levonásával 1131, így a születési esetek 615-tel multak felül a halálozásokat. A heveny ragályos betegedések a következők arányban fordultak elő: hagymáz 26 eset, himlő 7 eset, állhimlő 3 eset, bárányhimlő 86 eset, vörheny 78 eset, kanyaró 282 eset, ronesoló toroklob és torokgyík 121 eset, trachoma 48 eset, hökhurut 12 eset, orbáncz 30 eset, gyermekágyi láz 4 eset. Február hóban a főváros összes nyilvános és magánkórházaiban gyógykezeltek 5648 fekvő és 6459 járó beteg. A kerületi orvosok február havában összesen 1954 szegény beteget gyógykezeltek, ezek közül fekvő beteg volt 564, járóbeteg 1390, kórházba küldött 87. Orvosrendőri boncolat végeztetett 72, orvostörvényszéki 11 esetben. Öngyilkosság 7 esetben fordult elő és pedig: lővés 5, akasztás 1 mérgezés 1. A Dunából hullá nem fogatott ki. A kerületi orvosok által beoltatott 30, újraoltatott 316 egyén. Ebmarás előfordult 4, macskamarás 2 esetben. A köztisztis-

ság eltekintve a nagymennyiségű hótól kielégítő. A vízvezetési víz e hó folyamában jó volt. A lelencz és dajkaságba adott gyermekekre nézve: szaporodás volt 20, csökkenés 87. Beteg volt e hóban 13, meggyógyult 6, gyógykezeltek 4, meghalt 3. Halál-okok voltak: Tüdőgömkőr 1, veselő 1 esetben és hörglob 1 esetben. Az állategészségügy nem volt kedvezőtlen. Okleveleiket e hóban bemutatták: *Spitzer Armin, Láneci Vilmos, Grubi Rezső, Pfeifer Gyula, Halász Árpád, Hofhauser István, Neumark Sándor, Nemecsek Gyula, Lehner Manó, Révész Vilmos és 8 szülész.*

## Vegyesek.

Budapest, 1895. április 19-dikén. A fővárosi statisztikai hivatalnak 1895. márczius 31-dikétől április 6-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 423 gyermek, elhalt 315 személy, a születések tehát 108 esettel multak felül a halálozásokat. — A fővárosi köz-kórházban ápolatott e hét elején 2440 beteg, szaporodás 848, csökkenés 851, maradt e hét végén ápolás alatt 2437. — A fővárosi tisztí főorvosi hivatalnak 1895. április 8-dikától április 15-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 4 (meghalt 1), bárányhimlőben 14, vörhenyben 10 (meghalt 1), kanyaróban 31, ronesoló toroklobban 25 (meghalt 4), torokgyíkban 3, trachomában 14, vérhasban 1, hökhurutban 10, orbánczban 4 (meghalt 1).

— Serumoltások a vidéken. *Tordai Ferencz dr.* a vörös kereszt-egyesület és a belligyministerium kiküldöttje gyanánt Békés megyében az antidiphtheritikus serummal védoltó és gyógyító kísérleteket végez; tapasztalatairól később fog beszámolni.

— *r. A Mattoni-féle Giesshübli vízben a szénsavnak csak fele szabad, másik fele az alkáliához van kötve és csak a gyomorban szabadul fel, annak erősebb savai által, miben egyike ezen víz hatására vonatkozó fűmozzanatoknak rejlik. A nevezett víz ennelfogva élénken izgatja az emésztési idegeket s azért joggal századok óta valódi specificuma a gyomor. Légségi és vérkeringési szervek betegségeinek; továbbá epe- és vesekövek, hólyaghurut, Brightkór, diabetes, görvéllykór, anaemia, malaria stb. ellen. Említésre méltó, hogy a giesshübli víz járványoknál óvszernek van elismerve mindenütt, hol az ivóvíz rossz és bakteriumokat tartalmaz. Mint mindennapos üdítő italt azt semmi más hasonló ásványvíz sem mulja felül, mert hatékony anyagainak vegyülete szénsavtartalmával oly szerencsés, mint ritka esetekben. Nincs sós vagy földes mellék íze, mint sok más víznek, sőt szénsavtartalma oly üdítőleg és kellemesen ingerli az inyt és ásványosátartalma oly telt közönsöz a víznek, mint azt a közönséges kútvíznél vagy mesterségesen előállított sodavíznél teljesen nélkülözzük. Borral, cognaccal vagy gyümölcs nedvekkel jól keverődik. Szóval első rangú asztali víz és minden müteges ásványoznál feltétlenül előnyösebb.*

— Anker élet- és járadékbiztosító-társaság. *Hoyos Rudolf* gróf elnöke alatt f. hó 6-dikán tartotta közgyűlést Bécében. A jelentésből kitétnik, hogy 1894-ben 10,327 halál és túlélesi ajánlat 23.684,929 frt tőke és 15,103 frt járadék nyújtatott be, ebből 8243 ajánlat 23.560,179 frt tőke és 12,603 frt járadék bonyolított le. Az év végével 78,424 halál és túlélesi biztosítás 215,259,757 frt tőke és 101,656 frt járadék, hozzá-számítva még fennálló 5035 kölesönös túlélesi társulási jegyzést 9.032,635 frtjával és 399 balesetbiztosítási kötvényt, 83,858 kötvény 224,322,373 frt biztosított, illetve jegyzett tőkével és 101,656 frt járadékkal, valamint 3.542,981 frt, illetve 3.604,831 frt baleset-biztosítási tőke és 1582 frt napi kárpótlás maradt érvényben. 1894-ben halálesetek, visszavásárlások, élet-eseti és járadékbiztosítások után a kedvezményezetteknek 1.308,635 frt a társulati tagoknak, a biztosításoknak halál esetére nyeresémnyrészszel és a túlélesi biztosítások alapjánól nyeresémnyrészszel 987,636 frt, a kölesönös túlélesi társulási alapjánól 2.362,103 frt, összesen 4.658,275 frt fizettetett, míg a díjtartalék és biztosítási alap emelésére 5.862,205 frt fordított. A biztosítottak részére az előny abból tünik ki, hogy a társulati tagok a részletekben befizetett 1.175,664 frtért 2.362,103 frtót, azaz a befizetések tartamához a biztosított életkorához viszonyítva, túlélésre nyeresémnyrészszel biztosítottak, a biztosított összeget és a biztosított tőke 21,5%-át mint nyeresémnyrészt kapták kifizetve, míg elhalálozás esetére nyeresémnyrészszel biztosítottaknak nyeresémnyül az évi díj 25 százaléka jutott. A társulat kezességi képessége s túlélesi társulás 7.515,399 frtnyi alapján kívül a következő alapokból áll: A tőkebiztosítások nyeresémnyrész nélkül biztosítottak alapja és járadékbiztosítások 11.946,370 frt díjtartalék és nyeresémnyalap a túlélésre nyeresémnyrészszel biztosítottak részére 27.926,253 frt, összesen 39.872,623 frt; ehhez járul még a részvénytőke 1.000,000 frt és a tőketartalék külön tartalékkal 2.634,680 frt, összesen 51.022,703 frt, a társulat összes vagyona 53.087,759 frt. A befektetést illetőleg megjegyzendő, hogy a törvényes előírásoknak megfelelőleg, bécsi és budapesti ingatlanokban, telekkönyvileg biztosított kölesönökben, valamint értékpapirokban van elhelyezve. A részvényeseknek kamat és osztalék czimén 200,000 frt jutott, míg a halálesetere nyeresémnyrészszel biztosítottak oszlalékalapjának emelésére és a rend-kívüli tartalék emelésére 275,000 frt fordított az 1895. évre. A felügyelőbizottságba kisorsolt teinburgi Pasher Gusztávot ismét megválasztották.

Dr. *Herczel* egyet. m.-tanár sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest, VII., Felső erdősor 5. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kiténő ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kívánatra prospektus.



# ORVOSI HETILAP.

A HAZAI ÉS KÜLFÖLDI GYÓGYÁSZAT ÉS KÓRBUVÁRLAT KOZLÖNYE.

Alapította Markusovszky Lajos dr. 1857-ben.

KIADÓ TULAJDONOS ÉS FELELŐS SZERKESZTŐ: HÖGYES ENDRE EGYETEMI TANÁR.

## EREDETI KÖZLEMÉNYEK.

### A pankreas-rák kórisméjéről.

Közli *Stiller Bertalan* dr., egyetemi tanár.

A hasnyálmirigy rákja nem oly ritkán fordul elő, mint általában hiszik. *Segré* 627 hasi rák közt (ide nem számítva a húgyivarszervek újképleteit) 127-szer látta megtámadva a pankreast. Kórismészetű fontossággal azonban ezen esetek túlnyomó többsége nem bír, a mennyiben a hasnyálmirigy itt csak részt vett a szomszéd szervek rákos elfajulásában. Ilyenkor a betegágnál a szövvényes bántalom tüneteiből nem igen fognak kiválni azok, melyek a hasnyálmirigyre utalhatnak; de ilyenkor még a boncznok is gyakran képtelen lesz a csomóvá egyberagadt szervekben a betegség eredeti gócpontját feltalálni. Kórodai egyéniséggel, bizonyos jellegző kór vonásokkal pedig csak azon ritkább esetek bírhatnak, a hol kizárólag a pankreas van bántalmazva. Ilyen esetet *Segré* 627 hasi rák közt csak 12-t talált, de legújabbán *Miraillé* nem kevesebbet mint 113-at szedett össze az irodalomból.

A mi már most a tiszta és önálló pankreas-rákot illeti, annak kórképétől, noha körülirtabb, nem szabad valamely kidomborodó vonásokat várni, melyek akár physikalis tünetként ötlenek szembe, akár a megtámadt szerv működési zavara gyanánt ébreszthetik fel figyelmünket. Első irányban nem várhatunk kézzelfogható jelenségeket, nevezetesen daganatot, a mint azt valamennyi egyéb hasszervek — a máj, a gyomor, a bél, a vese — rendelkezésünkre bocsátják, mint a kórisme legerősebb támaszát, azért, mivel a pankreas fekvése igen rejtett s önálló rákdaganata a mellett rendesen nem nagy térfogatú. A mi pedig a felhasználható működési zavarokat illeti, a melyek a többi hasszerveknél oly értékesek (gondoljunk csak a gyomorra vagy bélre), ezek a hasnyálmirigynél majdnem ép oly lappangók, mint fekvése. A ki például várni akarna a pankreas-rák kórisméjével, míg czukrot talál a vizeletben, miután a szerv kiirtása diabetest szül, vagy míg a bélürülékekben nagyobb mennyiségű zsiradékot talál, — miután a pankreas-nedvnek egyik feladata a zsirt a bélhuzamban részint szappanosítani, részint emulgálni és így felszívódását lehetővé tenni, — az csak a legkritikább esetekben lesz képes ezen kórismét megállapítani, a mennyiben ezen, bizonyára nagyon értékes következmények csak a ritkaságok közé tartoznak. A pankreas sokoldalú emésztési működésének zavara csak a rendes rákos cachexia siettetésében fogja találni ki-  
fejezését.

Így tehát közvetlen pankreatikus jelenség csakugyan nem áll rendelkezésünkre a szerv rákjának felismerésében. De mindazáltal a tünetek bizonyos csoportosulása, ha megvan, többé kevésbé biztos útmutatónk lehet a betegség felismerésében. Egy minap észlelt, kórismézett és bonczolt eset kapcsán ez ki fog derülni.

H. J., 53 éves, hivatalnok, 1894. augusztus 22-dikén vétetett fel a kórházba. Határozott állítása szerint csak 2 hó óta érzi magát betegnek; étvágyát elvesztette, étkezés után gyomornyomást kapott. Két héttel utóbb sárga lett, a sárgasága intenzitásában rohamosan növekedett. Hevesebb fájdalom soha-

sem volt. Széke renyhe, színtelen, vizelete sötét. Szerfelett lesoványodott. Láza nem volt.

A beteg erősebb alkatú, nagyon sovány, arc- és testbőre valamint a selerák sötétsárgák, szemei bágyadtak; nagyon elesetten fekszik; vizenyős beszűrődés sehol a bőrön nem található. Nyelve bevont. Tüdő és szív rendellenességet nem mutat, szívhangok gyöngék. A has puha, inkább beesett, jól tapintható. A gyomor táján sem daganatot, sem resistentiát nem lehet kimutatni, loesogást nem lehet előidézni, kopogtatás szerint és szénsavval felfújva tágulat nem mutatkozik. A máj csak belégzésnél tapintható, s ekkor széle élesnek és puhának, valamint egyenletesen simának tűnik fel. A lép nem nagyobb. A has egyéb tájain sem lehet daganatot kipuhatolni. A vizelet sötétbarna, epefestenyés; sem czukrot, sem fehérjét nem tartalmaz.

A betegség további lefolyása következőképen alakult. A hőmérsék majdnem mindig a rendes alatt maradt, a mennyiben  $36^{\circ}$  és  $36.9^{\circ}$  közt ingadozott. Többször napjában vagy hányási inger, vagy hányás állott be; a hányadék szürke, piszkos, nyákos volt, nem nagy mennyiségű, csak két ízben volt tömeges és csak a halál előtti napon volt kávéalszerű. Háromszor kíséreltük meg hiányos próbareggeli után gyomorbennéket kapni, de nem sikerült. A szék mindig alakultnak és agyagszerűnek mutatkozott, majdnem naponta önként jelentkezett s csak a kávéalszerű hányás alkalmával volt puhább és melaenás. Erősebb fájdalmak vagy göresök az egész lefolyás alatt hiányoztak. Glycosuria, zsirtartalmú székelés vagy nyálfolyás nem volt jelen. Leginkább szembeszökő volt a rohamosan haladó elesettség, ájuldozás, később bizonyos apathia, valamint az étvágy teljes hiánya, úgy hogy alig vett híg táplálékot is. A lesoványodás nem volt oly kirívó, mint azt a hasszerveknek hosszabb lefolyású rákos elfajulásánál tapasztalni szoktuk. A halál a gyomorbélvérzés fellépte után a ki-  
merülés képében állott be.

A betegnek már néhány napi megfigyelése után annyi kétségtelen volt, hogy rosszindulatú újképlettel van dolguak. A beteg határozottan csak 2 hó óta érzi és vallja magát betegnek s ezen rövid idő alatt erősen lesoványodott, sápadt fakószínt kapott, s erejében feltűnőleg elesett, úgy hogy alig bírt az ágyról lemenni. Lázás bántalom nélkül ily felette gyors hanyatlást ezen képpen csak rákos gócz okozhat. A teljes étvágytalanság, az undor, a hányási inger és hányás s végre a sárgaság határozottan az emésztési szervek egyikére utalt mint a gócz fészke. De melyikre?

Daganatot ismételt pontos vizsgálatra sem lehetett találni, s ha a fennálló functionális zavarok alapján mindenek előtt a gyomorra kellett gondolnom, a feltett újképlet benne csak oly helyen lehetett, a mely esetleg a tapintásnak hozzáférhetlenné válik. A gyomor mellső és hátsó falzatán, valamint nagy és kis görbületén alig van eset, hogy tractabilis hasfalak mellett egy rákos góczot ki ne lehessen tapintani. Igaz, láttam már diffus rákos beszűrődését a gyomorfalzat nagy részének, sőt egészének, mely dudorzatot, tehát daganatot nem mutat, de ilyenkor legalább kiterjedt resistentia létezik, mely a gyomor alakjának is megfelelő, s mely az ismételt vizsgálatnak lehetetlen, hogy ne kinálkozzék. Ennek hiányában csak a gyomorszájakra lehetett tehát gondolni. Leginkább lappanghat, mivel



legkevésbé hozzáférhető, a cardia rákja, de erről szó sem lehetett, miután sarkalatos tünetének, a nyelési nehézségnek nyoma sem volt. Maradt tehát a pylorus, a melynek rákos bántalma annál inkább látszott elfogadhatónak, mivel a fennálló súlyos sárgaságot is magyarázni képes volna, a közellevő choledochus összenyomása alapján. Mindazáltal két mozzanat szólt ellene. Először is, hogy a gyomor biztosan nem volt tágulva, holott a pylorus rákja kivétel nélkül szűkítvén a szájadékot, okvetlenül gyomordilatációt okoz, még pedig rendszeren a legnagyobbat minden egyéb okból támadtak közül. Másodszor pedig annak lehetősége, hogy a gyomoresukó rákos daganatja ne legyen kitapintható, csak akkor áll fenn, ha az igen nagyobboldott máj fedi. Itt azonban a máj még belégzés alatt is a bordáin alig ért túl, úgy hogy a feltett pylorus-daganat lappangása nem volt értelmezhető.

A gyomrot így elejtve, a kimagasló tünet, a sárgaság, a májra fordította a figyelmet. A makacs, nagyfokú, 2 hónapig fennálló s fokozódó sárgaságot nem lehetett a nagy epeutak egyszerű hurutjára visszavezetni; ép oly kevéssé lehetett epekő által való eldugulásukra gondolni; előrement göresös rohamok hiánya, a szék teljes állandó festetlensége, a sárgaság progressív volta ellene szólt. De mindezen viszonyok a cachexiával egyetemben arra utaltak, hogy a nagy epeutaknak daganat általi haladó nyomása, sőt obliterációja forog fenn. Az ily sárgaságot a máj kapuján fejlődött rákos tumor magyarázhatná; azonban a májnak a rendszeren túl nem menő nagysága s mély belégzésnél kitapintható szélének éles volta nagy valószínűséggel kizárta azon feltevést, hogy maga a máj a megtámadott szerv. Láttam erősen nagyobboldott májakat, melyek fennálló cachexia mellett, felületük dudorzatossága hiányában is számos rákgócot tartalmaztak, de aránylag kicsiny és éles-szélű májnal azt sohasem tapasztaltam. Azonkívül a tapasztalat mutatja, hogy májráknál rendszeren csak ieteroid a bőrszín, az apró epecsatornák összenyomódása folytán, de ily haladó teljes epepangás csak a legnagyobb ritkaságok közé tartozik.

A májat is elejtve, azon szervre kellett gondolni, mely fekvésénél fogva leginkább képes, ha daganattá fajul, a choledochus ürterét összenyomni s ez a hasnyálmirigy feje. Ugyanis a choledochus többnyire ennek egy válójában, sőt egyenesen rajta átmenő csatornában fut le; a miért is nincs szomszédos szerv, a melynek újképleti bujálkodása oly könnyen érne a choledochust, mint éppen a pankreas feje. Ezen feltevés igen erős támaszt nyert a betegnek rendkívüli gyors elhanyatlásában. Ugyanis a casuistikából bátran vonhatjuk le törvényként azon tapasztalati tényt, hogy nem létezik hasi szerv, mely oly gyorsan szűli a rákos cachexiát, mint a pankreas, a mi sokoldalú fontos élettani működéseinek felfüggesztéséből magyarázható. Hogy nem csupán a kísértő teljes eperekedés, s a vérnek ez által való elkorcsosodása oka a gyors elhanyatlásnak, ezt azon esetek bizonyítják, a hol sebészi beavatkozás történt, epekövek hitében, s a pangó epének kifelé utat nyitottak, s a senyvedés ép oly rövid idő alatt sirba vitte a beteget.

A pankreas mellett szólt továbbá azon rendkívüli el-esettség, ájuldozás, végelgyengülési érzés, melyet betegünkön észleltem. Ez a hasnyálmirigy bántalmának egyik jellemző tünete, valószínűleg csak azon másodlagos változások folytán, melyeket azok a szomszédos sympathikus dúcokban létrehozna. Hasonlót látunk ugyanazon alapon a hasi függőér aneurysmájánál s a mellékvese betegségeinél is, úgy hogy ezen tüneteket tulajdonképen a hasi sympathikus központok bántalmaira tarthatjuk jellegzőeknek.

Végre a minden jelenségekből kivilágító malignus újképlet lappangó volta is nyomatékosan a hasnyálmirigyre utalt, mint azon szervre, mely rejtett fekvésénél fogva leginkább érthetővé teszi rákos daganatának hozzáférhetlenségét.

Körismem tehát a pankreas feje elsődleges rákjának felvételén állapodott meg. A betegség vége felé észlelt kávé-aljszerű hányadék, mely gyakori hányással járó apasztó bajoknál erosiók útján akárhányszor észlelhető, véleményemet a gyomor javára meg nem ingathatta. Legfőleg másodlagosan fejlődő gyomorgócra utalhattott. Ép oly kevéssé bántathott

azon körülmény, hogy a lefolyás alatt cardialgiformis fájdalmak s rohamok nem voltak, melyek tapasztalat szerint a pankreas bántalmánál ritkán hiányoznak.

A bonczlelet lényeges pontjai következők:

A hulla gyengén táplált, világos naranessárga; a kötőhártyák ezitromsárgák. A mellkas domborad, a has beesett. Mindkét tüdő közép vértartalmú, mindentűt légtartalmú, kissé puffadt. A szív elernyed, üreiben sok lazán alvadt vér és rostonya. A szívizomzat halványabb, barnavörös.

A máj kevéssel nagyobb, sötét zöldes-barna, petyhüdt, epeutai erősen tágultak és teltek. Az epehólyag erősen tágult, nyálkahártyája sima, ürében mintegy 100 gramm sötétzöld, híg epe. A ductus hepaticus és choledochus vastag hüvelyk-ujjnyi, a ductus cysticus ujjnyi és úgy mint előbbieket, epétől feszesen duzzadt. A choledochusnak legalsó, a duodenummal szomszédos része a pankreas feje körüli kötőszövetbe van beágyazva, kutaszszal átjárható, nyálkahártyája halványfehér, epétől nem festenyzett.

A pankreas feje nagy diónyi, igen tömött és szívós daganattá alakult, mely a metszlapon rostkötegek fonadékából és ebbe hintett gyér sárgás-fehér pontokból áll, vakarásra csak igen kevés zavaros nedvet nyújt. A pankreas többi része vékonyabb, tömöttebb, több kötőszövetet tartalmazó.

A gyomor nyálkahártyája, különösen a pylorus felé, erősen megvastagodott, durván szemeséztett, halvány palaszürke.

A belek nyálkahártyája mérsékelten belővelt, a magános tiszóknek megfelelőleg palaszürkén pontozott, helyenként apró vérömlenyeket tartalmaz.

A lép valamivel nagyobb, tömöttebb, középvértartalmú.

A vesék kevéssel nagyobbak, vérszegények, petyhüdtek, sárgás-barnasak, a metszlapon több zavaros nedvet nyújtanak, burkuk könnyen levonható.

*Diagnosis:* Carcinoma fibrosum capitis pancreatis cum compressione choledochi infimi, subsequente dilatatione summa ductus choledochi superioris, hepatici et vasorum biliferorum hepatitis et ietero maioris gradus. Catarrhus chronicus ventriculi. Degeneratio parenchymatosa renum.

A bonczlelet tehát igazolta, hogy önálló pankreas-rák volt jelen, mely a tünetek összegét előidézte; igazolta továbbá, hogy a gyomorra a rákos elfajulás nem terjedt át, s hogy a lefolyás utolsó napjaiban előfordult kávéaljszerű hányás, a nyálkahártyának idült hurutos duzzadtsága mellett csak erosiókból magyarázható, melyeknek nyomait a bonczasztalon nem is lehetett többé találni. Különösen kiemelendő, hogy a choledochus nem volt obliterálva, a mint a haladó sárgaság alapján fel lehetett tenni, hanem csak összenyomva, de a hullában átjárhatónak mutatkozott. Miután a szék az egész lefolyás alatt szüntelen maradt, felteendő, hogy a compressio a betegség alatt tökéletesen elzárta a csatornát. A legtöbb esetben a pankreas-fej rákjánál a choledochust teljesen obliterálva találjuk, miután rendszeren a hasnyálmirigy fejében csatorna létezik számára, úgy hogy rákos elfajulás esetében szükségképen bevonatik az újképletbe; csak kivételesen fut le a pankreas felületén s ezen kivétel esetünkben is fenforgott. Feltűnő volt még, hogy a telt epehólyagot nem bírtuk a betegágyánál kitapintani; ha ez történik, akkor újabb támpontját nyertük volna a choledochus teljes elzáródásának, mely ily haladó s hosszantartó sárgaságnál leginkább a pankreas nyomásának tulajdonítható. A bonczasztalon csakugyan megvolt a telt epehólyag, de annyira a máj alatt, hogy kitapintható a betegen nem is lehetett.

Összefoglalva a körjelzési támpontokat, jogosúlva vagyunk önálló pankreas-rákot felvenni, ha gyorsan fejlődő cachexia és elgyengülés mellett, heves dyspepsiás tüneteket, hányást, fájdalmakat, teljes étvágyhiányt találunk daganat nélkül, gyomortágulás nélkül, de haladó sárgaságot a máj nagyobboldása nélkül, melyet azután, gyomor- és májrákot kizárva, a pankreas rákjára kell visszavezetnünk. Támogatva lesz ezen körisme, ha a betegnél azonkívül az aléltság, elesettség feltűnő jelenségeit is, és a mi szerfelett ritka, glycosuriát vagy zsiradékban dús széklet találunk.



Zavarva lesz a kórismészeti constellatio, ha a hasnyálmirigy rákja a duodenumra is átesapott, melynek következménye, a gyomortágulás, a pylorust gyaníttatja mint a rák székhelyét. Hasonló tüneteket, mint a pankreas rákja, csak a nagy epeutak önálló rákja adhat, mely szintén cachexiát és állandó sárgaságot okoz, de itt a betegség tartama sokkal hosszabb, sőt észleléseim szerint hosszabb, mint minden egyéb hasi szerv rákjánál, a senyv nem oly heveny lefolyású, a beteg nem annyira elesett s alélt, s miután az epehólyag is rendszeren bevonatik a folyamatba, kitapintható s többnyire meghatározható daganat is áll a körjelző rendelkezésére.

Vége említést érdemel még esetünkben azon körülmény, hogy a teljes epepangás dacára a máj nem volt lényegesen nagyobbodva. Ez vagy abból magyarázható, hogy sokáig tartó epepangás a máj szövetét compressio folytán elsorvasztja, vagy pedig a nagyfokú inanitióból, mely mind az epe termelésére, mind a máj szövetére csökkentőleg hatott. Sőt egyik tényező nem is zárja ki a másikat.

### Az aethernarkosis s annak alkalmazása a szülészeti s nőgyógyászati gyakorlatban.

Irtta *Mahler Gyula* dr., v. tb. tanársegéd a dresdai kir. nőgyógyászati klinikán.

(Folytatás.)

A *Lancet-bizottság* 159 chloroformhalál után s 37 aetherhalál után eszközölt kórbonezolat eredményét közli. Találtatott

	chloroformnál	aethernél
a szív zsíros degenerációja	38	3 esetben
a szív zsíros infiltrációja (fatty heart)	27	5 "
közelebből nem jelzett szívántalom	13	— "
túltengés	11	2 "
tágulat	11	2 "
véleszületett hiba	2	— "
billentyű-hiba	4	1 "
a koszorú úterek atheromatosisa	3	— "
szívburkok összenövése	1	— "
fonnyadt, petyhüdt s vékony szívizomzat	8	1 "
	118	15

E szerint tehát a 159 chloroform-halálesetben 118-szor, a 37 aether-halálesetben 15-ször találtak kóros elváltozást a szíven. Az aether által okozott halálesetekben talált szív-elváltozások sokkal nagyobb fokúak voltak s majdnem kivétel nélkül idült tüdőbántalmakkal voltak kapcsolatban. Úgy hogy *Dudley Buston*<sup>1</sup> dr., a bizottság referense, az aethernarkosis alatt bekövetkezett halált a szív- s tüdőbántalom együttes közreműködésének tulajdonítja s jelentését e szavakkal végzi: „Cardiac lesions as a rule were associated with respiratory trouble and this suggests the probability of the lung disease reacting upon the diseased heart and so giving the coup de grace.“ A tüdők s a szív pontos vizsgálata a narkosis előtt e szerencsétlenek nagy részét megóvta volna szomorú végzetüktől. Chloroformnál a legfigyelmesebb vizsgálat sem használ, mert egyrészt csekélyebb fokú elváltozásai a szívnek ki sem mutathatók, másrészt a statistika s a klinikai tapasztalat bizonyága szerint teljesen ép szívizomzattal bíró fiatal, erőteljes egyének is reflectorikus vagy bulbaer szívhűdés folytán elhalhatnak.

Chloroformnál a syncope váratlanul, hirtelen minden előjel nélkül köszönt be, s ha bekövetkezett, szinte tehetetlenül állunk vele szemben, mert a szívhűdést nyomon követi a légző-centrum hűdése is. Aethernél az asphyxia fokozatosan fejlődik, mindenkor a légzés rendetlenné válása s egyéb oly jellegzetes tünetek előzik meg, melyekből még idejekorán felismerhetjük a közeledő veszélyt, s ha a légzőcentrum már hűdve is van, a szív működés még percekig fennmarad. Lényeges különbség lesz a foganatosított élesztési kísérletek (mesterséges légzés, stb.) eredményére nézve is. Kézzelfogható, hogy több sikert

fogunk elérni, ha csak a légző centrum van hűdve, mint ha a mellett még a szív motorikus centruma is beszüntette működését. Ezen kifejtett okoknál fogva veszélyes állapotok aethernarkosisnál ritkábban fejlődnek, s ha elő is fordulnak, könnyebben s nagyobb sikerrel szüntethetők meg.

Ötezer aethernarkosisunk közt haláleset nem fordult elő, syncope nem észleltünk, asphyxia előfordult ugyan, de mindig sikerült azt gyorsan megszüntetni.

#### Az aethernarkosis a szülészetben.

Miután a chloroform s aether hatását s az azok alkalmazásával járó veszélyeket általában tárgyaltuk, annak elbírálására kívánok áttérni, hogy melyik a két altatószer közül felel meg jobban a szülészet követelményeinek.

A chloroformnarkosis veszélyei, mint ezt egyes szerzők hangsúlyozzák, szülőknek csekélyebbek; így *Spiegelberg*<sup>1</sup> s *Pajot*<sup>2</sup> véleménye szerint szülőknek azok iránt-relatív immunitással bírnak. *Spiegelberg* szerint a méh összehúzódásai izgatólag hatnak a szívre s a chloroform szívhűdítő hatását ellensúlyozzák. *Pajot* viszont úgy magyarázza azt, hogy a terhesség alatt túltengett szív nagyobb ellenállást fejt ki a chloroform depressáló befolyása ellen. A régibb statistika szerint aránylag igen kevés chloroformhaláleset fordult elő szülőknek s ez a relatív immunitás létezése mellett látszott bizonyítani, újabb adatok azonban kevésbé kedvezőek. A *Lancet-bizottság* által összeállított 507 chloroform-haláleset közt 8 szülőknek vonatkozik, azonkívül 3 súlyos syncope is emlitenek fel. *Turnbull* 108 chloroform-halálesete közül 28 nőknél fordult elő, szülőből ebből 3 volt (10.7%). *Dutertre*, *Lusk*, *Curtin*, *Hankel* szintén közölnek haláleseteket, melyek szülőknek chloroformmal való altatása közben jöttek létre. Sajnos, a mi klinikánkon is fordult elő 2 eset.

Ha megfontoljuk, nehezen érthető a szülőknek ezen immunitása. Általánosan ismert s rég megállapított tény ugyanis, hogy anaemikus egyének, különösen olyanok, kiknél vérkeringési zavarok állanak fenn, a chloroformot rosszul tűrik; már pedig terheseknél jelen van először a vér elváltozása, a pseudoleucocytosis (*Virehow*), gyakoriak a szív elváltozásai, annak tágulata, zsíros elfajulása, keringési zavarok pedig éppen nem hiányzanak, mint azt a visszártágulatok, a vizenyő, a vizelet fehérsyvetartama eléggé bizonyítja; a szülés csak növeli e zavarokat.

Az, hogy aránylag oly kevés számú eset közöltetett, nézetem szerint úgy magyarázandó, hogy szülőknek többnyire rövid ideig tartó s felületes narkosist használunk, másrészt pedig minthogy szülők sajátlagos dispositiójuknál fogva az anaestheticumoknak csekélyebb mennyisége által altathatók el mint más egyének, így természetesen a veszély sokkal kisebb. Továbbá nem szabad felednünk, hogy a legtöbb szülészeti narkosis ellentétben a szorosan vett sebészeti narkosisokkal, a magángyakorlatban végeztetik, hol az orvos a bábával többnyire egyedül van; hogy az ilyenkor előforduló szerencsétlenségek tudomásra nem jutnak, azon nem kell esődalkoznunk.

Az aether a szülészeti gyakorlatban is nagyobb biztonságot nyújt, mert a terhesség alatt létrejött fent jelzett physiologikus s pathologikus elváltozásokkal számol. A *Hankel* s a *Lancet-bizottság* által összeállított aether-halálesetek közül egy sem illet szülőt.

A mi a narkosis minőségét s annak hatását a méh összehúzódásaira s a magzat életére illeti, tapasztalataink szerint az aether nemesak hogy nem áll a chloroform megett, hanem oly előnyöket nyújt, melyeket ki kell emelnünk.

Az aethernek befolyása a méhtevékenységre *Simpson*<sup>3</sup> szerint kedvező, szerinte a méh összehúzódásai különösen a narkosis elején erősebbekké válnak. *Jastrob*<sup>4</sup> észleletei alapján azon eredményre jutott, hogy az aethernarkosisban a méh összehúzódásai eleinte erősebbek, később ritkábbak lesznek, de erőyükből nem vesztenek.

<sup>1</sup> *Dudley Buston* dr., *British med. Journal*. 1891. Nov. 21. „A szív elváltozásai rendszerint kapcsolva voltak a légző szervek bántalmaival s ez valószínűvé teszi, hogy a beteg tüdők károsan befolyásolták a kórosan elváltozott szívet s ezzel megadták a kegyelemdőfést.“

<sup>1</sup> *Spiegelberg*, *Lehrbuch der Geburtshilfe*.

<sup>2</sup> *Pajot*, *Annales de Gynaecologie*. 15. k.

<sup>3</sup> *J. James Simpson*, *Selected obstetrical works*.

<sup>4</sup> *Jastrob* cit. *Paul Müller Handbuch der Geburtshilfe*.



Jeutzer<sup>1</sup> tanár, ki 1881 óta szülészeti gyakorlatában kizárólag aethert használ, úgy nyilatkozik, hogy a legpontosabb megfigyelés dacára sohasem észlelte, hogy az aether a méh összehúzódó képességét károsan befolyásolta volna, tapasztalata szerint csupán az egyes összehúzódások közti időköz hosszabbodott meg, minek azonban fontosságot nem tulajdonít, mert a tonus változatlan maradt.

Howald<sup>2</sup> hasonló módon vélekedik. A mi tapasztalataink Jeutzer tanárával teljesen egyezők. Megfigyeléseim szerint különösen gyenge anaemikus egyéneknek válnak erősebbékké a méh összehúzódásai az aethernarkosis kezdetén. Azon körülmény, hogy a méh izomzata még mély narkosis esetén is megtartja tonusát a chloroformmal szemben, mely a méh összehúzódásainak számát csökkenti s izomzatának elernyedését hozza létre, nagy előny. A legtöbb operatív beavatkozásnál a méh gyorsan kiürítették, s ha hiányzik az izomzat zsongja, okvetlen utóvérzés következik be. Utóvérezéseket, különösen hosszabb ideig tartó chloroformnarkosis után igen gyakran észleltek. Aethernél az úgyszólván sohasem fordul elő. Minot<sup>3</sup> azt állította, hogy 5.5% a szülésnél előforduló utóvérezéseknek az aethernek következménye, ezt a leghatározottabban meg kell cáfolnunk. Amerikai collegái szintén nem osztják nézetét, így Patridge,<sup>4</sup> Hanks,<sup>5</sup> Peters<sup>6</sup> az aethert különös előszeretettel alkalmazzák szülészeti műtéteiknél, nevezetesen minden placenta praeviánál, mert azt találták, hogy a chloroformnarkosis ilyenkor a vérzést csak növeli.

Szemmel látható az aether befolyása a méh összehúzódására a Sönger-féle császármetszésnél. Itt a legmélyebb narkosis alkalmazandó s mégsem észleltük soha — s mi e műtét egy hosszú sorozatára tekinthetünk vissza —, hogy a méh hiányosan húzódott volna össze.

Feltűnő az aethernél, mint azt Howald kiemeli — de a mit mi is észleltünk —, az analgesia gyors beállta, úgy hogy kisebb beavatkozások, mint medenczekimeneti fogó már röviddel a narkosis megkezdése után végezhetők. A legtöbb szülészeti műtét ilyen s épen azért nem tartom ezen esetekben jogosnak egy oly altató szernek alkalmazását mint a chloroform, mely még felületes narkosis esetén sem nyújt biztonságot. A chloroformnak a szülészeti szintén megvan a maga helye s pedig mindazon esetekben, hol lehető gyors s nagyfokú elernyedése a méh izomzatának kívánatos, pl. elhanyagolt harántfekvésnél, fordításnál a magzatviz hosszú idővel való elfolyása után a chloroform talán előnyben részesítendő, de ezen esetekben a beavatkozás súlyossága s a méhizomzat nagyobb fokú elernyedése által nyújtott előny egy veszélyesebb anaestheticum használatára is feljogosít.

Az aether befolyása a magzat életére tapasztalataink szerint kedvezőnek mondható. Míg chloroformnarkosisnál a magzat szívhangjai eleinte gyorsulnak, később ritkulnak s tompulnak, addig aethernarkosis alatt többnyire változatlanok maradnak, ritkán észlelhető a szívhangok gyorsulása, de tisztaságuk nem változik.

Az aether valamint a chloroform átmegegy a magzat vérébe, a méhlepényben s a köldökszínórban foglalt vér aetherszagú. Különösen jól érezhető gyakran perforált magzatok agyának aetherszaga.

A szerzők általában kiemelik, hogy hosszabb ideig tartó vagy mély chloroformnarkosis után a magzatok soporosus állapotban születnek. Runge<sup>7</sup> ennek okául nem a magzat vérébe átment chloroformot tekinti, hanem úgy vélekedik, hogy a chloroformnarkosis folytán a vérnyomás a méhlepényben is alászállván, a légesere zavara következik be s a magzatok asphycticusokká válnak. Innen volna magyarázható a szívhangok gyorsulása, alászállása s tompulása. Az aether a vérnyomást növeli s így e részről semmitől sem kell tartanunk.

Mi aethernarkosisok után is észleltünk néha csekélyebb fokú asphyxiát, de ez inkább a műtétnek mint az aethernek volt tulajdonítható.

Ezen észleleteink alapján azt mondhatjuk, hogy az aether a chloroformot a szülészeti nemcsak helyettesíteni tudja, hanem sok tekintetben felülmulja s általában előnyben részesítendő. Sajnos, az aethernek a magán, különösen a szegény praxisban való használata ellen egy nehézség gürdül s ez tűz-vesélyessége.

Az aether ugyanis éjjel csak ott alkalmazható, hol gáz-, csillár vagy függőlámpa van. Szűk szobában, kézi lámpa vagy gyertyavilág mellett a veszély igen nagy, különösen ha a narkosis továbbvezetését laikusra kell bízni. E miatt a poliklinikai gyakorlatban az aethert mi sem használjuk s majdnem kizárólag chloroformot alkalmazunk, bár ez is az említett körülmények közt a kifejlődő chlorgázok által a munkát ugyancsak kellemetlenné teszi.

#### Az aethernarkosis a nőgyógyászatban.

Az aethernarkosis előnyei a nőgyógyászatban még jobban előtérbe lépnek. Az órákig tartó narkosisokkal kapcsolatos súlyos műtétek alatt tanuljuk meg csak az aethert kellőleg becsülni. A szülészeti többnyire mégis inkább fiatal, erőteljes egyénekkel van dolgunk, nőgyógyászati műtéteinket azonban rendszeren hosszú évek óta tartó, súlyos bántalmak által senyvesekké vált betegeken végezzük. Mert ugyan kikből sorakozik a műtetre kerülők túlnyomó része. A legnagyobb contingenszt a méhfüggelékek chronikus bántalmaiban, alhasi daganatok s rákban szenvedő nők szolgáltatják, kiknél a bántalom s az azzal járó vér s nedvvesztés súlyos anyagcsere-zavarokat, vérszegénységet s egyes szervek elfajulását hozta létre. Például csak a rák, myombetegeknél fellépő cachexiát s a szív zsíros degenerációját hozom fel, melyekre Hofmeier,<sup>1</sup> Fehling,<sup>2</sup> Röse,<sup>3</sup> Sönger,<sup>4</sup> Sebileau<sup>5</sup> figyelmeztettek. Ily egyéneknek a beavatkozás maga, akár laparotomia, akár totalexstirpatio per vaginam veszélyeket rejt, ezek megkettőződnek, ha anaestheticum gyanánt chloroformot használunk, mely, a mint kifejtettük, a vérkeringésre s szív működésre káros lefolyást gyakorolván, a beteg vitalitását még jobban alászállítja.

Az aether nekünk épen nagyfokú vérszegénységnél s gyenge szív működésnél rendkívüli szolgálatokat tett, oly esetek voltak ezek közt, hol a műtetre nélkülile még gondolni sem mertünk volna. Néhány még élénk emlékezetemben van. Az egyiknél repedt méhkiüti terhességről volt szó. Az asszony, kit egy szomszédos nagyobb városból hoztak késő éjnek idején intézetünkbe, amyi vért vesztett, hogy az orsó fitéren az ütőlökés alig volt érezhető. Konyhasó-oldatnak előzetes bőr alá fecskendezése után a laparotomiához fogtunk. Alig kezdődött az aethernarkosis, az érlökés erősebbé vált s állandóan jó maradt a műtét egész tartama alatt. A hasür tele volt vér-alvadékkal s minthogy a szomszéd szervekkel kiterjedt összenövés állottak fenn, a műtét igen nehéznek bizonyult. A narkosis egy óránál tovább tartott s mégis sikerült a beteget életben tartanunk.

Egy másik, hosszú éveken át tartó vérezések által igen cachectikussá vált asszonynál a méh általános myomatosis miatt aethernarkosisban a méhet a hüvelyen keresztül eltávolítottuk. A műtét s a narkosis a legszebb rendben ment végbe. A gyógyulás zavartalanul folyt, midőn az asszony a 7. napon tüdőemboliában hirtelen elhalt. A boncolásnál a legnagyobb fokú zsíros elfajulása s tágulata a szívnek találtatott. Ezen betegeknél igazán csak az aethernek volt köszönhető, hogy a

<sup>1</sup> Hofmeier, Zur Lehre vom Schock, über Erkrankungen der Circulationsorgane bei Unterleibsgeschwülsten. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1884. XIX. k.

<sup>2</sup> H. Fehling, Beiträge zur oper. Behandlung der Uterusmyome Würtenb. med. Corresp. Blatt 1887. 4., 5.

<sup>3</sup> Röse, Deutsche Zeitschr. f. Chir. XIX.

<sup>4</sup> Sönger, Centr. f. Gyn. 1884. Nr. 37.

<sup>5</sup> Sebileau, Le couer et les grosses tumeurs de l'abdomen. Revue de chir. 1888. 284., 3690.

<sup>1</sup> Jeutzer cit. Fueter. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 29. k.

<sup>2</sup> Howald Eugen. Ueber Aethernarkose in der Geburtshilfe und Gynaekologie. Inaug. Dissertation 1890.

<sup>3</sup> Minot. Boston med. and surgic. journal. XCIV.

<sup>4</sup> <sup>5</sup> <sup>6</sup> Patridge, Hanks, Peters cit. Fueter. Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. 29. k.

<sup>7</sup> Runge, Archiv f. Gynaek. 1878. XIII. k.



műtétet kiállották. Számos hasonló esetet tudnék felsorolni.<sup>1</sup> Ily körülmények közt chloroformot használni, határozottan egyenlő volna azzal, mintha az illetőket a halál martalékaúl dobnók.

Mi nőgyógyászati műteteinknél, ha direkt contraindicatio fenn nem forog, mindig aethert használunk s az elért kitűnő eredmények alapján annak a nőgyógyászatban való használatát a legmelegebben ajánlhatjuk. Igen kedvező sikerrel használják az aethernarkosist Landau,<sup>2</sup> Schauta s újabban Fritsch tanár.<sup>3</sup>

(Folytatása következik.)

## Közlemény a tud. egyet. kórbonczatani intézetéből. (Pertik tnr.)

### A pylethrombosis venae portae egy esete.

Minich Károly dr., I. tanársegédétől.<sup>4</sup>

Vannak anatómikus elváltozások, a melyek egyrészt ritka előfordulásuk miatt, másrészt azon körülmény folytán válnak tanulmányossá és érdeklik meg figyelmünket, hogy előben való körisméztük igen meg van nehezítve, sőt sok esetben lehetetlenné van téve az által, hogy más gyakran előforduló megbetegedés körképe alatt folynak le. Ilyen két megbetegedés a vena portae pylethrombosisa, thrombophlebitise és a hepatitis interstitialis chronica diffusának atrophikus (cirrhotikus) alakja.

Az eset, a melyet Ángyán tanár úr a „közkórházi orvostársulat” áprilisi ülésén is bemutatott, egy 28 éves férfúra vonatkozik, ki gyermekkorában váltólázás rohamokat állott ki s nyolcz év előtt másodnaponként jelentkező lázas rohamok miatt 7 hétig ágyban fekvő beteg volt, ekkor kezelő orvosai máj- és lépdeganatot körismézték nála; négy év előtt ismét voltak lázas rohamai egy hónapon keresztül; másfél évvel ezelőtt vérhányás lepte meg, mely azóta háromszor megismétlődött. Kórházba való felvételekor a májnak megkisebbedése, a lép megnagyobbodása volt nála kimutatható; az alszárak s bokák vizenyösen duzzadtak; ascites hiányzott; kórházban való tartózkodása alatt ismét 3-szor jelentkezett nála nagyobb vérhányás, később ascites is fellépett, a mely miatt ismétlen punctio végeztetett rajta. Az összes tünetek, az egész lefolyás azon felvételre jogosították az észlelőket, hogy egy cirrhosis hepatis esetével van dolgunk, a mely aetiologice egy ismételt malarikus infectióban leli magyarázatát. A beteg ismételt vérvesztés következtében nagy fokban elgyengülve, f. év november 18-dikán elhunyt.

A másnap, november 19-dikén, megejtett bonczolás hasüregre vonatkozó lelete a következő:

A hasüregben körülbelül 2 liternyi kissé zavaros, fibrin-czafatokkal vegyes, szintelen savó. A hashártya mindkét lemeze különféle vastagságú, helyenként reczés felületű, fibrin-álhártyákkal borított, a melyek a beleket egymással és a mellő hasfallal összetapasztják. A gyomor és belek gázok által erősen tágultak, az utóbbiak majdnem mindenütt felkarvastagságúak. A máj a belek ezen tágulása és a jelenlevő transsudatum következtében a bordaív alá, a rekeszhez szorított, lelapított. Harántátmérője 35 cm., hosszátmérője a jobb lebeny közepén 16, a bal lebeny közepén 9 cm.; a magassági átmérő a jobb lebeny legvastagabb részletén 6 cm., a bal lebeny legvastagabb részletén 3 cm.; a májszélék elvékonyodottak; a bal lebeny bal vége körülbelül 1/2 cm.-nyi lemezt képez. A jobb lebeny domborulata szívós kötőszöveti álhártyákkal van a diaphragmatikus felszinnel összenőve; egybeült a Glisson-tokot könnyen levonható, szakadékony fibrin-álhártyák borítják. A máj állománya halvány-barna, vérszegény, petyhüdt, igen szakadékony, metszés lapján rajzolat nem látható. A vena portae nagyobb ágai halvány-vörhenyes thrombussal kitöltöttek,

a mely helyenként szabálytalan rétegzettséget mutat, a mennyiben a halvány-vörös rétegeket a centrumban halvány-szürke, bizonyos áttetszőséggel rendelkező részletek váltják fel; a kisebb ágak összeesettek, üresek. A vena hepatica ágai tágultaknak látszanak. Az epeutak kis mértékben tágultak, ürükben kevés sötét sárgás-barna epe. A máj alsó felszínén a normalis barázdák nagyobb részt hiányzanak, csupán a baloldali hosszirányú barázdának mellő felerésze mutatható ki, a melyben a kisujj vastagságú ligamentum teres fekszik fibrosus álhártyától fedve; a jobboldali hosszirányú barázdá helyén a Glisson-tok szabálytalan megvastagodásokat mutat, a melyek csillag alakú behúzódnak képeznek. Az epehólyag a harántbarázdá laterális végén fekszik, körülbelül diónagyságú tömlőt képez, a melynek nyákhártyája teljesen ép, ürtere két nagyobb, kis mogorónyi és hat kisebb törmeléken cholestearin concrementum által teljesen kitöltött. A ductus cysticus eredési helyét egy 4—5 mm. mélységű, ép nyákhártyával bélelt vak recessus jelzi, a melynek fenekén a cysticus ürét a két fal heges összenövése zárja el, a cysticus további lefutásában nem követhető; a heges szövet, a mely itt körülbelül 1 cm. vastag övet képez, a metszéslapon az art. hepatica ágának lumenén kívül más saját falzatú ürtert nem mutat; az epehólyag külfelületét heges és egyes zsírszigeteket magukba záró kötőszövet veszi körül, a mely a környező bélcsövekkel, a colon transversum felső szélével köti azt össze; a lig. hepato-duodenale és omentum minus egy körülbelül alkarvastagságú és idomú szürkés-fehér szívós tömeget képeznek, a melynek felszínét a duodenummal, a gyomor pylorikus részével kötőszövetes álhártyák hozzák összeköttetésbe; ezen szalagok heges, porc kemény szövetté alakultak, a melybe a vena portae, a ductus choledochus, cysticus, hepaticus és art. hepatica vannak beágyazva. A choledochusnak falzata ezen heges szövetbe közvetlenül folytatódik, főleg áll ez a ductus cysticus beszájadásának környékére; a choledochus nyákhártyája lefutásának legnagyobb részén vérszegény, a normalis reczétet mutatja, csupán a ductus cysticus beszájadási helyén találunk egy kölesnyi köldökszerű bemélyedést, a melynek alapján a nyákhártya helyét a környezettel összekapaszkodott hegszövet foglalja el. A vena portae törzse mutatónj vastag, tágult, falzata kissé vastagodott, belhártyája mindenütt síma, vérszegény, halvány-szürke, ürtere egy halvány szürkés-zöldes áttetsző, nedvszegény, a fallal összefüggő thrombus által elzárt; a thrombus metszéslapján egyes kölesnyi sárgás-szürke, opák, elmosódott határú foltok láthatók; a centrumban a lienalis és mesenterica összefolyási helyén egy nagyobb halvány szürkés-vörhenyes, opák gócz. A vena lienalis és mesenterica tágultak, kezdeti részükben az ürter az összefolyás szomszédságában teljesen elzárt, attól távolabb körülbelül 10 cm. hosszúságban a falhoz tapadó reczézetes felszínű, halvány sárgás-szürke thrombus által tetemesen szűkített.

Az egyéb anatómikus elváltozások részben következményesek, ilyenek: a chronikus léptumor, a bél- és gyomor falzat chronikus vizenyője és induratiója a felületen visszerek tágulásával, a gyomor nyákhártyája palaszürke pigmentációjával, a mesenterium chronikus vizenyője és hegesedése a vesekörüli szövet fibrosus átalakulásával, az alsó végtagok anasarcája, a baloldali hydrothorax az alsó lebeny compressionális atelectasiájával, az általános lesoványodás és vérszegénység; részben accidentálisak, milyen a tüdőcsúcsoknak chronikus disseminált tuberculosisa s az interstitialis szövet mérsékelt túltengésével.

Ezen anatómikus lelet alapján kétségtelenné válik, hogy a vena portae törzsének s nagyobb ágainak thrombosisával van dolgunk; a szerint a mint a thrombosis az edényfal lobos elváltozásaihoz esatlakozik, vagy azok nélkül lép fel, megkülönböztetünk egy thrombophlebitist és egy pylethrombosit. Miután thrombophlebitisnek ezen folyamatot nem tarthatjuk, mert tulajdonképeni lobos elváltozásokat, milyeneként az intima érdességét, falának fibrosus megvastagodását ismerjük, a jelen esetben sem a vena portae, sem nagyobb ágai nem mutatnak; a vena portae thrombosisa ép edényfalak mellett jelentkezett, esetünket pylethrombosisnak kell tekintetünk. Miután pylethrombosis csupán a véráram lassulása által jöhet létre s ily lassulás kifejlődésére alkalmas a vena portae-nál vagy compressio, vagy nagyfokú marasmus adhat, jelen esetünk aetiologiájának kifürkészésénél is ezen kétféle eredetet kell szem előtt tartanunk; mivel a marantikus thrombo-

<sup>1</sup> L. bővebbet „Ueber Thrombose und Lungenembolie im Wochenbett und nach gynäkologischen Operationen” című dolgozatomban. Arbeiten der kgl. Frauenklinik zu Dresden. 1894.

<sup>2</sup> O. Grossmann, Die Aethernarkose. Deutsche med. Wochenschrift. 1894. 3., 4. sz. Vogel, Zur Aethernarkose. Berl. klin. Wochenschrift. 1894. 17. sz.

<sup>3</sup> Fritsch. Centrbl. f. Gynaek. 41.

<sup>4</sup> Bemutatott a közkórházi orvostársulat f. évi november 28. diki ülésén.



sis csak nagy mértékben elgyengült egyéneknek jut kifejlődésre szívdegeneratio következtében és inkább csak sub finem jelentkezik, jelen esetünkben pedig a bántalom több éves tartama, az egyén fiatal kora, a szívizomzat állapota ily keletkezés ellen bizonyítanak, a pyelethrombosis marantikus eredetét egészen elejthetjük.

A compressionalis thrombosisra okot szolgáltathatnak úgy a májban végbemenő folyamatok, mint a vena portae közvetlen szomszédságában fellépők. Az első eshetőségre például szolgálhat azon thrombosis, a mely a cirrhosis hepatis esetében a vena portae ágainak thrombosisával veszi kezdetét s elég gyakran a vena portae törzsére is folytatódik; ide tartozik a máj újképletei által létrejövő thrombosis is, mely azonban az esetek legnagyobb részében az újképlet szomszédságában fekvő visszérágakra szokott korlátozódni; igen ritkán fordul elő, hogy májtályogok szomszédságában záródnak el a visszerek thrombusok által.

A második csoportba tartozó thrombosisoknál némelykor a levezető epeutak abnormis tágulásához csatlakozik a vena portae compressionalis thrombosisa, mint azt legkifejezettebben Virchow esete mutatja, a melyben a ductus cysticus és choledochus erős tágulása gyakorolt nyomást a vena portaera s hozott létre ürében thrombusképződést. Máskor a vena portae szomszédságában helyet foglaló újképletek vagy chronikus peritonitis következtében fellépő kérges álhártyák nyomják a v. portae ürét s okai a következők: thrombosisnak. Ezen utóbbi aetiologikus momentum talán a legkritább s egyúttal a legérdekesebb. Hogyha ezen peritonitis oka után kutatunk, akkor megkülönböztethetünk eseteket, a melyeknél a Glisson-tok circumscript megvastagodásai terjednek át a ligamentum hepato-duodenale laza kötőszövetébe; ilyen esetet volt alkalam látni a múlt év elején, midőn a peritonitis a Glisson-tok porcellánszerű megvastagodásával vette kezdetét. Vannak esetek, a melyeknél a gyomor vagy duodenum fekélyesedő elváltozásaihoz társul a ligamentum hepato-duodenale vagy az omentum minus peritoneumának fibrosus túltengése (ide számíthatjuk Frerichs és Ziegler eseteit) s vannak végre esetek, midőn az epeutak és epehólyagnak fibrosus jellegű lobosodásai adják meg az impulzust a heges peritonitis kifejlődésére.

Ezen legutóbbi peritonitis alak a pyelethrombosis aetiologiájában, legalább a rendelkezésemre álló irodalomban, felemlítve nincsen, miért is az epeutak ily fajta megbetegedéseit röviden ismertetni szükségesnek tartom.

Az epehólyag s levezető epeutak chronikus fibrosus lobját, a mely a falzat megvastagodásával s fibrosus átalakulásával jár, leggyakrabban acut catarrhusok ismételt fellépése után látjuk megjelenni. Az acut catarrhusok legnagyobb része idegen testek, főleg epekövek insultusa következtében fejlődik, a midőn a nyákhártya sérítése által a fertőzés számára kapu nyitnak, a nyákhártya, a falzat lobossá lesz s idővel fibrosusan megvastagodik, elhegesedik. Hogyha ilyenkor valamely epeút két egymással szemben levő fala nyákhártyájától megfosztatik, fekélyessé válik, a két fal összenövése, az illető epeút teljes elzáródása könnyen bekövetkezik. A choledochus vagy ductus hepaticus elzáródásakor a mögötte fekvő epeutak tágulása és icterus lép fel. A ductus cysticus obliterációjakor az epehólyag zsugorodását látjuk kifejlődni az esetben, hogyha a hólyagnyákhártyára is áttérjed cholecystitis képében a chronikus lobosodás, míg a nyákhártya részéről meginduló serosus transsudatio más esetekben hydrops cystidis fellea-e-t okoz. Miután pedig az epehólyag sokkal gyakrabban tartalmaz concrementumokat, a melyek e helyen kedvezőbb térbeli viszonyok miatt nagyobbakká fejlődhetnek mint a májbeli epeutakban, érthetővé válik azon körülmény, hogy a ductus cysticus, mint a melyen első sorban kell keresztül haladniok az epeköveknek, sokkal gyakrabban mutatja a cholangitis acutának s így a fibrosának képét, mint a ductus hepaticus vagy choledochus. Ugyanezen viszonyok magyarázzák az epehólyag gyakoribb megbetegedését is.

Jelen esetünkben, mint az anatomikus leírásból kitűnik, a ductus cysticus ürtere a ductus choledochusba szájadzás szomszédságában körülbelül 2 cm. hosszúságban obliterált, helyén körülbelül egy cm. vastag fibrosus szívós kötőszövet foglal helyet; a ductus cysticus distal részlete, valamint az epehólyag, melynek ürterét 8 epekő tölti ki, csupán falzatának megvastagodása által árulja el a cholangitis, illetőleg cholecystitis fibrosát. Ha tekintetbe vesszük, hogy a peritonealis kérgék legszívósab-

bak, tehát legrégebbek épen a ductus cysticus szomszédságában, úgy a két elváltozás oki összefüggésében nem kételkedhetünk.

Az elváltozások egymásutánját talán olyformán kell elképzelünk, hogy az elsődleges bántalmat az epehólyagban képződött kövek képezik; ezeknek vándorlása alkalmával sérült meg a ductus cysticus nyákhártyája, miáltal egy cholangitis s per continuitatem egy cholecystitis jutott kifejlődésre. Ezen cholangitis és cholecystitis terjedt át a környező szövetekre a ductus cysticus körüli szövet elhegedése, pericystitis alakjában s ez termelte a jelen esetünkben is megtalálható fibrosus álhártyákat, melyek hosszú fennállásuk alatt porckemény kérgékké alakultak. Ezek zsugorodása, a mely közös sajátságát képezi a lobos természetű álhártyáknak, nyomást gyakorolt a vena portae törzsére, a mely a véráram sebességének csökkenése által feltételezett thrombosisal felelt a compressióra. Ilyen aetiologia felvétele mellett értelmezhetjük legvilágosabban a bántalom keletkezésének történetét is.

A kórelőzményi adatok szerint a beteg 8, illetőleg 4 év előtt másodnapoként ismétlődő lázas rohamokat állott ki, melyek őt 7, illetőleg 4 hétig ágyban fekvő beteggé tették. A vena portae-ban talált thrombus összeállása, transparens s szintelen volta hasonlókép az évek előtt való keletkezés mellett szólnak s ha most figyelembe vesszük azon klinikai tapasztalatot, hogy cholangitisek, cholecystitisek némelykor a váltólázra jellegzetes intermittáló lázakkal járnak, és valódi intermittens előremenetelét a lép parenchymájának halvány, minden festenyitől ment vörös színe alapján kizárhatjuk, úgy a jelen esetben a pyelethrombosis magyarázatára az epekövek által okozott cholangitisből való fejlődést joggal felvehetjük, sőt a kórelőzményi adatokkal is összhangzásba hozhatjuk. De magyarázhatjuk ezen módon a bántalom lassú, lappangó keletkezését is, mely csak hat évvel az első és körülbelül 2 évvel a második váltólázhoz hasonló betegség kiállása után hozta érvényre a pyelethrombosis következményes tüneteit s ezek közt a vérhányást. Valószínűnek kell tartanunk, hogy a peritonealis kérgék lassankénti zsugorodásuk által fokozatosan növekedő nyomást gyakoroltak a vena portaera s csupán 4 évvel a halál bekövetkezése előtt ért el a compressio oly fokot, hogy a véráram lassulása következtében obturáló thrombosit okozott a vena portaeban. Ezen idő óta ismételtelen fellépő vérzések magyarázatára fel kell vennünk, hogy a vena portae thrombusának tovább növekedése a vena mesenterica v. gastrica ürterébe, újonnan fejlődött anastomosisok elzárása útján, hirtelen pangási tüneteket, nagy gyomorbélvérzéseket hozott létre.

A mi végül a máj viselkedését illeti, ismeretes, hogy a pyelethrombosis hosszabb fennállása után gyakran a máj atrophijával találkozunk, a mely némely szerző állítása szerint az interstitialis szövet következményes túltengése által okozatik. Esetünkben is találkozunk a máj megkisebbedésével, állománya azonban petyhüdt, szakadékony, rajzolata elmosódottnak látszik, a góreső alatt a májsejtek kisebbek, atrophikusok, az interstitialis szövet normalis vastagságúnak s összeállásúnak bizonyul, úgy hogy a máj-atrophia hepatitis interstitialisra visszavezetni nem vagyunk feljogosítva; fel kell tehát vennünk, hogy az ascites savójának nyomása mellett főleg a működéscsökkenés, a mely az által jött létre, hogy a vena portae törzse helyett csupán az arteria hepatica útján láttatott el vérrel, hozta létre a májsejtek egyszerű atrophijája által okozott májkisebbedést.

## Apróbb klinikai, kórházi és magángyakorlati laboratoriumi tapasztalatok.

### A húgysav mennyileges meghatározása.

(Összehasonlító vizsgálatok Hopkins és Salkowski-Ludwig módszerével.)

Meisels Vilmos dr.-tól.

A húgysav mennyiségének meghatározhatására a különböző módszerek szerint: milyenek Heintz-Schwanert, Fokker, vagy különösen Salkowski és Ludwig módszerei, legtöbbször 2—3-szor 24 órai időre van szükség; e módszerek tehát klinikai célokra nem igen alkalmasak hosszadalmasságuknál fogva, különösen akkor nem, ha a vizsgálatokat több vizelettel napoként kell végezni.



Ezen nehézségeket tapasztaltam én is azon vizsgálataimnál, melyeket időnként meg kellett tennem, és épen azért örömmel üdvözöltem *Hopkinsnak* (Guy's hospitals report 1891) húgysav mennyiség meghatározási módszerét, mely különösen alkalmas klinikai célokra, a mennyiben ha a kellő gyakorlat megvan, képesek vagyunk 2 óra alatt a húgysav mennyiségét meghatározni.

Mielőtt azonban e módszert kísérleti vizsgálataim alkalmával igénybe vettem volna, feladatommá tettem, egy nagy sorozatban összehasonlítani a *Salkowski-Ludwig*-féle módszerrel, mely pontosság tekintetében semmi kívánni valót nem hagy maga után, hogy kiderítsem, vajjon pontosság tekintetében megegyezik-e a *Hopkins*-módszer ezzel, és mint ilyent vizsgálatomnál nyugodtan használhatom-e.

*Hopkins* módszerének alapelve az, hogy 1. az ammoniumurat telített oldatban a chlorammonium által nem oldatik; 2. hogy ha a vizelet chlorammoniummal telítettik, akkor gyors változás mellett az összes húgysavból ammoniumdiurat lesz, s ez kicsapódik.

Tudjuk ugyan, hogy az ammoniak és ennek sulphatjai a húgysavat a vizeletből hosszú állás után kiválasztják; új azonban *Hopkinsnak* azon észlelete, hogy a chlorammonium a kiválasztást gyorsabbá és teljesebbé teszi, úgy hogy correctióra szükség nincsen. Eljárása a következő: Vesz 100 gm. vizeletet, melyhez 30 gm. chlorammonium finom poralakban lesz adva; az oldat most 2 óráig állva marad; de néha-néha üvegbottal felkeverendő. Ezután a folyadék le lesz filtrálva, a filter pedig kénsavas ammoniak-oldattal 2—3-szor le lesz mosva; ha netán néhány kristály oldatlan maradna, azok destillált vízben lesznek feloldva. A csapadék meleg vízzel, melyhez gyenge HCl-t adunk, egy edénybe mosatik le. Az oldat concentráltatik, a mi által a húgysav kicsapódik és a szokásos módon: papir- vagy üvegfilteren gyűjtve meghatározatik. Ezen már egyszerűsített módszeren úgy változtatott *Hopkins*, hogy a húgysavat a helyett hogy mérte volna, titrálta. A titrálás hypermangánusavas kaliummal történik. Ezen javított és gyorsabb *Hopkins*-módszer következőkép végeztetik: A vizelethez, mely előbb organikus alkatrészeitől megfosztatik (fehérnye stb.), mint fentebb 30 gm. chlorammonium lesz adva, ez így 2 óráig állva marad, miközben néhányszor fel lesz rázva. Majd filtrálva lesz és a filter kénsavas ammonium-oxíd telített oldatával 2—3-szor le lesz mosva. A filteren így tiszta húgysavas ammoniak van, a mely szénsavas natront tartalmazó meleg destillált vízzel egy edénybe mosatik. Az oldathoz ezután 100 gm.-ig destillált vizet adunk és lehűtve hozzá 20 km. tiszta kénsavat öntünk, a mi által a folyadék körülbelül 60°-ra melegszik fel. Lehűlés után kezdődik a titrálás  $\frac{1}{20}$  normal kalium permanganium-oldattal (1:578:1000 viz.) Titrálás alatt azt vesszük észre, hogy a piros szín azonnal eltűnik, ha az a húgysavval érintkezésbe jön; a titrálás akkor van befejezve, ha a *chameleon*-oldat néhány pillanatig dacára a keverésnek változatlan marad és az oldatban egyenletesen oszlik szét. Néhány pillanat múlva eltűnik ugyan a piros szín, de ez ne vezessen tévútra, mert bár az összes húgysav a kalium permanganat által oxydáltatott, az oxydálás tovább történik az újonnan képződött vegyületekben, a melynek még mindig sok *chameleon*-ra van szüksége. A húgysav mennyisége most úgy lesz meghatározva, hogy az elhasznált *chameleon*-oldat mennyiségét 0.00375-tel szorozzuk, mert 1 km. kalium permanganat-oldatunk 0.00375 gm. húgysavnak felel meg.

*Hopkins* a *Ludwig* módszerével való összehasonlításnál egy esetben 3 mgm. húgysavkülönbséget talált, a mi oly kis különbség, mely klinikai vizsgálatoknál alig jöhet figyelembe.

*Lewison* (Kopenhága) ugyanezen összehasonlító kísérletet tette *Hopkins* és *Fokker* módszereivel 6 esetben, 5 esetben jó eredményt kapott, a mennyiben

1. kísérletnél a többlet <i>Hopkins</i> szerint	0.037
2. " " " "	0.006
4. " " " "	0.048
3. " " <i>Fokker</i> " "	0.029 és a
6. " " " "	0.086

a két utóbbi különbséget a titrálás nehézségének tudja be, a mi azonban nem tulajdonít a módszernek.

En 20 esetben tettem összehasonlító kísérletet a *Hopkins*-ével és *Salkowski*-ével nem kimélve a fáradságot és munkát, a mi ezen hosszadalmas kísérletezés igénybe vett, mert kárpótolt azon szép

eredmény, melyet nyertem, a mi miatt kívánatos volna, hogy *Hopkins* módszerét mihamarabb mindenütt használják.

	Salkowski-Ludwig	Hopkins	Különbszet
1. kísérlet	0.62185 gm.	0.63218 gm.	+ 0.01033
2. " "	0.58324 " "	0.59104 " "	+ 0.00780
3. " "	0.86478 " "	0.86824 " "	+ 0.00346
4. " "	0.68247 " "	0.68422 " "	+ 0.00175
5. " "	0.87235 " "	0.87315 " "	+ 0.00080
6. " "	1.05348 " "	1.06001 " "	+ 0.00654
7. " "	0.64782 " "	0.64758 " "	— 0.00024
8. " "	0.82358 " "	0.82362 " "	+ 0.00004
9. " "	0.58734 " "	0.58823 " "	+ 0.00089
10. " "	0.85358 " "	0.85412 " "	— 0.00146
11. " "	1.02425 " "	1.02430 " "	+ 0.00005
12. " "	0.67548 " "	0.67548 " "	
13. " "	0.54927 " "	0.54988 " "	+ 0.00061
14. " "	0.82428 " "	0.82490 " "	+ 0.00072
15. " "	0.42587 " "	0.42610 " "	+ 0.00023
16. " "	0.86573 " "	0.86681 " "	+ 0.00108
17. " "	1.10020 " "	1.10020 " "	
18. " "	0.63257 " "	0.63358 " "	+ 0.00101
19. " "	0.59862 " "	0.59984 " "	+ 0.00122
20. " "	0.62573 " "	0.62876 " "	+ 0.00303

Ha a két számsorozatot összehasonlítjuk, azt találjuk, hogy a *Salkowski-Ludwig* és *Hopkins* módszere közt alig van valami különbség.

A differentia, 2 esettől eltekintve, többletet mutat *Hopkins* javára, a mi én annak tulajdonítok, hogy a chlorammonium az egész húgysavat mint húgysavas ammoniumot kiküszöböli, és az a filtratba nem megy át.

Csak a 3 első esetben kaptam centigrammokban különbséget, a minek az volt az oka, hogy a titrálás alkalmával kapott vörös szín megítélésébe még nem voltam begyakorolva, de később ezen különbséget milligrammra, sőt 0-ra redukálódott.

A 7-dik és 10-dik kísérletnél *Hopkins* szerint a különbszet minus volt: 0.00024 illetve 0.00146; és ennek okára, sajnos, nem tudtam rájönni.

Ha tehát e két utóbbi esettől eltekintünk, és figyelembe vesszük, hogy oly igazán szép eredményt érthettünk el 18 esetben *Hopkinsnak* gyors módszerével, úgy azt a legmelegebben ajánljuk klinikai célokra a most uralkodó hosszadalmas és fáradságos *Salkowski*-é helyett.

## TUDOMÁNYOS TÁRSULATOK.

Budapesti kir. orvosegyesület.

(XII. rendes ülés 1895. április 20-dikán.)

Elnök: Kétli Károly; jegyző: Imrédy Béla.

### Napirend.

A szívmozgások (systole és diastole) egy új beosztásáról.

*Scheiber S. H.* dr. Mindaddig az egy ú. n. szívlökés alatt észlelhető szívmozgásokat illetőleg két fő phasist szoktak megkülönböztetni, t. i. a *systolét* és *diastolét*; mint 3-dik phasist még a szívzünetet is jelzik, a mely alatt a diastolénak amaz időszakát értik, a melyben a pitvarok és gyomrocsok diastoléja összeesik. De a szívmozgások eme beosztását előadó nem tartja helyesnek, valamint azt sem, hogy a testből kimetszett, de még rhythmikusan liktető szívnél a systole után következő állapotot diastolénak nevezik, továbbá azt sem, hogy az elhalt vagyis hullámerev szív állapotát is diastolikus állapotnak mondják. A szívmozgásoknak a csontvázizmok mozgásaival, valamint a húgyhólyagnak mozgási momentumaival való összehasonlítása alapján ama következtetésre jutott, hogy a szívmozgások az élő testben működésben levő szívnél bizonyos tekintetben más elrendeződést mutatnak fel, mint azt a testből kimetszett, de még rhythmikusan működő szívnél látjuk és ebbeli tanulmányai eredményeit előadó a következőkben foglalja össze:

1. Egy ú. n. szívlökés alatt lefolyó szívmozgások a testben működő szívnél 3 phasiból állanak, ú. m. 1. a systoléból, 2. a relaxatióból és 3. a szoros értelemben vett diastoléból (kitágulás, vérrel megtelezés). A kimetszett, de még egyenletesen liktető szívnél csak két phasis különböztethető meg, t. i. a systole és relaxatio. Végre az elhalt (holtmerek) szív állapota rendszeren az élő szív relaxatiójának felel meg.



2. A szívzúgás jelzése nemcsak fölőseges, hanem még zavart okoz a szívmozgások lényegének értelmezésében.

3. A szívmozgások egymásutáni és egyidejű lefolyása az élő testben lüktető szívvel egy szívlökés alatt előadó beosztása szerint a következő: Először pitvarsystole és egyidejűleg gyomrocsdiastole, gyomrocsystole és egyidejűleg pitvar-relaxatio után hosszantartó pitvar-diastole, a mely még eltart a gyomorsystolét követő gyomorrelaxatio alatt is, míg nem egy új szívlökés kezdetét jelző új pitvar systole által félben nem szakítatik.

## Magyar fül- és gégeorvosok egyesülete.

(VIII. rendes ülés 1895. január hó 25-dikén.)

Elnök: Böke Gyula; titkár: Polyák Lajos.

### A hortogók hártás elzáródása.

**Baumgarten Egmont.** Az irodalomban eddig 37 eset közöltetett, melyeknek túlnyomó része csontos elzáródás volt, a hártás elzáródások ritkábban fordulnak elő. Egy hasonló esetet az „Orvosi Hetilap” 1889. év folyamán irt le, mely azonkívül mint szintén a mostani, abban is eltér a leirtaktól, hogy nem veleszületettnek, hanem szerzettnek látszik.

M. L.-né, 30 éves asszony, 2 gyermeknek anyja, mindig egészséges volt, 10 hó előtt influenzát kapott, azóta nem tud az orrán keresztül levegőt kapni, torka nagyon kiszárad és gyakran fuldoklási érzete van. A garatban száraz hurut van jelen, az érzékenység lényegesen csökkent. Az orrgarat hátsó része teljesen szabad, a mellső része, az Eustach-féle kiütők szájadéka, egy a garat tetejétől, körülbelül a központonál a lágy szájpad garati végéhez húzódó, vöröses hártya által elzárva. A hártya közepén egy körülbelül 3 mm. széles, 5 mm. hosszú nyílás látható, melyen keresztül a hortogók válaszfalának egy részlete felismerhető. A mellső orrtükrözésnél azt vélhetni, hogy rendes lelettel van dolgunk, mert a hangzatánál a lágy szájpad mozgásai is láthatók, de alaposabb vizsgálatnál feltűnik az említett nyílás, és hogy az eleinte rendes háttérnek látszó képlet egy vörös hártya, melynek közepén egy nyílás van. A hártya, mely a hangzatánál és légzésnél mozog, csak a hortogók belső részeihez tapad, úgy hogy a hortogók felső részének és az orrgarat mellső alsó részének elzáródása van tulajdonképpen jelen.

A műtét a hártya teljes kiirtásából áll, melyet csipők segítségével a szájon szándékozik keresztül vinni.

**Böke:** Kérde, hogy miképpen magyarázza bemutató a hártya létrejöttét?

**Baumgarten:** Sokat gondolkozott a kérdés felett, de nem tudta megmagyarázni. Azon esetben, melyet 1889-ben az orvosgyesületben mutatott be, luetikus fekélyek voltak a garatban és talán e folytán jött létre a hártaképződés. Veleszületett eseteket könnyebb megmagyarázni. A góresől vizsgálat is dönthet, lehet, hogy scleromára mutat, vagy valami hegsvötre.

**Böke:** Kérde, hogy figyelemmel volt-e az orr állapotára?

**Baumgarten:** Az orr teljesen rendes, csak a háttérben látszik a mozgó membrana.

**Polyák:** A rhinoscopia posterior által nyerhető képből bajos volna a hártya provenientiaját megmagyarázni. Az ilyen hegfolyamatokból kiindult hártaképződéseknél azonban, ha nem luetikus eredetűek, rendesen megtaláljuk az okozó baj nyomát. Az itt oly ritkán előforduló tuberculosissal más egészen a heg képe. A kép scleromára sem emlékeztet, mely ily alakban nem szokott az orrgaratükről kiindulni. Szóval daczára annak, hogy manifest jelét a luesnek találni nem lehet, mégis ezt kell felvenni a hártya keletkezésének megmagyarázására.

**Baumgarten:** Hegről itt nem lehet szó, hanem csak vörös hártáról. Luesről szó sem lehet.

**Némái:** Kérde, hogy nem veleszületett-e a hártya?

**Baumgarten:** Lehet, hogy veleszületett. A nyílás eleinte talán nagyobb volt és azután kisebbedett, most majdnem egészen elzáródott.

### A lágy szájpadon ülő papilloma.

**Némái József** egy a lágy szájpadon ülő papillomát mutat be.

**Szenes** kérde, hogy szokott-e műtét után kiújulás mutatkozni?

**Böke** kérde, hogy okoz-e kellemetlenségeket?

**Némái** mindkét kérdésre tagadólag felel.

**Baumgarten:** Kellemetlenségeket ezen papillomák nem okoznak, s nem is szoktuk őket kezelni. Kivételesen azonban igen nagyra megnöhetnek, mint az egy általam bemutatott esetben történt. Rendszeren az uvulán és arcusokon fejlődnek, a tonsillán ritkán, utóbbiak histologicce nem is sorozhatók a papillomák közé.

### A dobüregből műtét útján eltávolított idegen test.

**Böke Gyula.** A múlt ülésben elmondottak recapitulálása után a további lefolyást a következőkben foglalja össze:

November 11-dikén hajnalban kifejezett ránggöresök jelentkeztek, melyek egész napon át fennállottak, tarkómerevség, vasomotorikus hűdés. November 12-dikén eszméletlenség, kifejezett strabismus divergens. November 14-dikén: eszméletlenség folytonos, pupillák nem reagálnak, pulsus igen kicsiny, a végtagok merev tonikus göresben vannak. Cheyne-Stokes légzés, délfele tüdővízenyő, exitus.

**Bonczlelet:** Leptomeningitis fibrinoso-purulenta ad basim cerebri et medullae spinalis, subsequeute hydrocephalo interno acuto. Catarrhus acutus cavi tympani. Otitis purulenta externa subsequeute hyperaemia et oedema medullae proc. mastoidei, bronchitis cat. in lobo inf. pulm. utr. Vulnus scissum partim sanatum in reg. retroauric. dextro.

Az előadottakból kiviláglik, hogy az idegen testnek műtét eltávolítása nagyon is indikálva volt, minthogy kétséget sem szenved, hogy a megelőző eltávolítási kísérleteknek kellett ezen agytüneteményeket tulajdonítani, és hogy az idegen test eltávolítása az egyedüli lehetőséget nyújthatta, hogy ezen tünetemények, melyeket előidézt, eltávolításával meg fognak szűnni.

Hogy ezélt nem értünk, azt annak kell tulajdonítani, hogy az eltávolítások már nagyfokúak voltak; a körlefoylásból látható, hogy a műtét szükségessé tevő körülmények, a nagy láz, fejfájdalom és a nyugtalanság, szóval az agytünetek a műtét után csak némileg enyhültek; sőt midőn a fülkagyló mögötti seb begyógyult és a fülfolyás megszünt, ezen agytünetek még súlyosabbakká váltak, és a meningitis cerebrosinialis klinikai képét vették fel és ezen tünetek között állott be a halál.

Hogy a bonczolás — melynél sajálatomra jelen nem lehettem — a sziklaesonton semmiféle ronesolásra nem bukkant, hogy a tegmen tympani, a sinus sigmoideus falai épeknek találtattak, nem bizonyít semmit a mellett, hogy genuin meningitis cerebrosinialis lett légyen a halál oka; én a leptomeningitis legvalószínűbb okául a geny továbbvitelét tartom a véredények, sőt a még be nem záródott fissura petroso-squamosa útján.

Ezen nézetemet azon körülmény is megerősíti, hogy a tüdőkben is találtak hasonló módon létrejött metastatikus pneumoniát.

**Lichtenberg** kérde, hogy gyökeres beavatkozás előtt milyen tünetek voltak jelen?

**Böke:** A gyermek nyugtalan volt, álmatlanság, fejfájás kínoztta, láza is volt. Különbön 27-dikéig ambulans volt, felvételnél pedig az említett állapotban volt.

**Lichtenberg:** Köszönettel veszi ezen felvilágosításokat, melyek előbb elkerülték a figyelmét, de nagy fontossággal bírnak a következő események megitélésénél. A halálos kimenetel és az idegen test közti összefüggést, ilyen, legalább fülészeti szempontból, hiányos bonczjegyzőkönyv alapján nagyon nehéz utólag megállapítani; de daczára annak, hogy a csecsnyujtvány részéről átmenet a sinusba, vagy az agyhoz a bonczjegyzőkönyv alapján nem volt felfedezhető és így az idegen test, vagy az eltávolítási kísérletek, vagy a műtét és a meningitis közt boncztani összefüggés nem constatatott; mégis, tekintettel a bántalom lefoylására, a műtét előtt már meglevő manifest meningitikus tünetekre, és az egész tünetesoporra: klinikailag nem utasíthatja vissza azon meggyőződését, hogy az idegen test és a végtünetek között oki összefüggés létezett.

**Szenes:** Nézte szerint szintén van nexus az idegen test és a halálos kimenetel között. Kár, hogy bacteriologikus vizsgálat nem történt: a gyermek apja azt mondta, hogy már 3 gyermeke halt meg eclampsiában és meningitisben, tehát bacteriologikus vizsgálat esetén nem lehetetlen, hogy talán meningitis tuberculosa derülhetett volna ki. Nézetében a nexust illetőleg az is megerősíti, hogy a scarlatina után fellépő otitis media oly profus folyással jár, hogy ez a szülők figyelmét nem szokta elkerülni; erről pedig az apa említést nem tett. Azonban lehetséges, hogy egy defectus persistens volt a dobhátyán, és az idegen test odakerülése után, az eltávolítási kísérletek alatt, vízzel való befecskendés útján lépett fel újból az otorrhea.

**Tomka** kérde Szenest, hogy végzett-e szemtükri vizsgálatot, mert itteres vagy visszeres pangás a szemfenéken vitalis indicatio lett volna a radicalis műtét azonnali végzésére, feltéve, hogy a kezdődő neuroretinitisnek más okát nem találja. A bonczjegyzőkönyvben nélkülözi a labyrinth felemelését, pedig tudvalevő, hogy mily szerezpet játszhatik az ovalis ablak hártájának sérülése mellett a geny towaterjedésében.

**Szenes:** Ismeri Zaufal azon cikkét, melyben a szemtükri vizsgálatot hangsúlyozza, de szóló, a mikor a gyermeket látta, az első 24 órában a fület sietett kifeeszkendezni, nem pedig szemtükri vizsgálatot végezni; ekkor a víz már a garatba és orrba jutott, tehát defectus volt a dobhátyán. Ezután csak kétszer látta a beteget, és a mikor a szemtükri vizsgálat indikálva lett volna, a gyermeket apja a kilátásba helyezett műtét miatt többé nem hozta el.

**Böke** határozottan a mellett van, hogy a leptomeningitis a véredények útján jött létre, e mellett szól a tüdőkben talált genyes infiltratio, mert ez sem primaer lob, hanem áttéti gócz által jöhetett létre, ép így az agyban is, vagyis azt tartja, hogy gonyfelszívódás okozta a halálos kimenetelt, a mit úgy a lefoylás, mint a bonczjegyzőkönyv megerősít.

**Lichtenberg** Szenesnek felszólására még azt jegyzi meg, hogy a jelen esetben oly tiszta volt a leptomeningitis és az ebből folyó heveny tünetek képe, hogy feleslegessé vált a bacteriologikus vizsgálat, a meningitis tuberculosa képe plane olyannyira eltér attól, a mi a bonczjegyzőkönyvben található, hogy ez a feltevés határozottan kizárható.

**Tomka** köszönetet mond Bökének, hogy megbeszélés tárgyává tette ezt az esetet, kíváncs volt, hogy minden hasonló eset mindenütt ily nyíltsággal tárgyalassék, akkor bizonyára ritkábbak volnának az ily szomorú kimenetelű esetek, melyek kétségen kívül sokkal számszerűbbak, mint azt az irodalom feltűnteti.



## IRODALOM-SZEMLE.

## I. Könyvismertetés.

Die Störungen der Geschlechtsfunctionen des Mannes. Von Prof. Fürbringer in Berlin. Wien, 1895. Alfred Holder, 5 Mk. 25 Pf.

A németek a négy, illetőleg a két évtized előtt megjelent Virchow s Ziemssen-féle „Handbuch für specielle Pathologie und Therapie“ című munkához hasonló művet állítanak össze *Nothnagel* szerkesztése alatt. A nagy munka már csak azon törekvése miatt is figyelemre méltó, mert a munkatársak az egyes szakmák kiváló művelői, s mert a mű szerkesztője a *specialistákat* az egyes specialis szakmákra alaposan megválogatta.

Fürbringer előttiünk fekvő könyve ezen új nagy gyűjtőmunka XIX-dik kötete, mely a könyvpiacon külön is megszerezhető. Fürbringer, mint jó klinikus, eddigi munkái által már nálunk is kellő elismerésben részesült. A *húgyszervek betegségeiről* írt s évek előtt napvilágot látott munkájában sok szép önálló buvázkodást találunk s e jelen kötet, mely amannak mintegy kiegészítéseül szolgál, semmiben sem marad amannak mögötte. Szerzőnek kiváló jó tulajdonsága, hogy észlelteit s egyéb megfigyeléseit pontosan leírja s nem törődik azzal, hogy e vagy ama koripeus közreboesátott monographiájával homlokegyenest ellenkezik. De azért könyvében nagy súlyt fektet a szerzők felemlítésére, s ha egyesekkel ellenkezésbe is jut, teszi azt oly módon, mely az illetőt nem sérti, sem buvázkodásaiban, sem személyében. Könyve ez okokból élvezetes olvasmányul szolgál, bár tösgyökeres berlini írásmódjával, sajátos német észjárásával — nagy súlyt fektetvén kis jelentőségű dolgok hosszadalmas leírására — itt-ott kihozza sodrából a lakonikus írásmódot kedvelő magyar olvasót. Az *anatomiai és élettani* ismeretek rövides felemlítése után könyvét a következő három fejezetre osztja: I. Die krankhaften Samenverluste. II. Die Impotenz. III. Die Sterilität des Mannes. Új dolgokat a munka nem tartalmaz, mert a mit szerző benne leírt, azt már másutt is közreboesátotta; minthogy azonban a *nemi élet hanyatlásáról* az olvasó rövidesen s kritikailag méltatva tájékozódhatik, e könyv becses olvasmányul fog szolgálni mindazoknak, kiket a tárgy érdekel.

Novotny dr.

## II. Lapszemle.

## Gyermekegyógyászat.

Congenitalis billentyűs (diaphragmatikus) végbélszűkület egy esetét közli *Manclaire*. Egy egészséges 3 éves kis leány, kinél megelőzőleg semmi tünetei nem voltak egy végbélrendellenességnek, egyszeri constipatiójánál a gyermek anyja beöntést alkalmazott, minden eredmény nélkül. A has meteoristikussá válik, igen érzékeny, ismételten hányások lépnek fel. A megejtett manualis végbélvizsgálatnál 3 cm.-nyire az anustól a sphincter internus felett egy horizontalisan fekvő hártás billentyűre akadt az ujj, melynek közepén levő nyílás a kisujj hegyének sem volt átjárható, az erőlködéseknél a hártya előre boltosult. Gombos bistourival az átló irányában 4 helyütt incidált, a nyílást ujjával tágitotta, közvetlen utána bő székürülés. Bórvizes öblögetés; a lebenyek levarrattak. Két hónap múlva Hegar-féle bougiekkel tágitott még a végbél. (La médecine infantile 1895. 2. sz.) Torday dr.

A Pott-kór és a coxitis tuberculotikus tályogainak gyógykezelése camphornaphtollal. Ménard 80 eset kapcsán írt tanulmányában nagy meggyőződéssel ajánlja hideg tályogoknál, kivált a csontbántalmakhoz csatlakozóknál, különösen a coxitis és a Pott-kór sülyedési tályogainál a camphornaphtol használatát. A műteti eljárás igen egyszerű: aseptikus cautelák közt a Potain-féle legvastagabb trocárral megpungálja a tályogot, ott hol a bőr a legékebb; a tályog tartalmát kibocsátja, utána gyenge bórsavoldattal a tályogot a Potain-féle fecskendő segítségével jól átmossa és végül 30—60 gm. camphornaphtolt injiciál. A beszúrás helyét collodiummal zárja el. 80 esete közül egy mérgezési halálban mult el. 5-nél könnyebb mérgezési tünetek észleltettek. A szűnyílás sokszor nem záródik s időleges vagy állandó sipoly marad vissza. A mint a tályog megtelt, újból végzendő a kiürítés és a befeeskendés, néha 2—3 naponként, gyakrabban azonban csak a

második hét végén. Ha a tuberculotikus tályoghoz pyogen fertőzés jut, a gyógyulás esélyei jóval csekélyebbek.

40 tályogtól kísért coxitis-esetből camphornaphtol injectióval meggyógyult 33 időleges sipolyjáratok nélkül, 4 esetben hosszabb ideig voltak sipolyok, 2-nél resectio vált szükségessé. 1 sipolylyal hagyta el a tenger melletti Bereki-kórházat. Az esetek nagyobb felénél 2—3 befeeskendés elégséges volt és a gyógyulás 2 hónapon belül állott be, de 4 esetben hosszabb, majdnem 1 évi kezelés után. Azon esetek, melyeknél az operatív beavatkozás szükségessé vált, megelőző camphornaphtollal kezelés után per primam gyógyultak. Azon tuberculotikus tályogok, melyek a coxitishez 2—4, vagy még későbbeni években csatlakoznak, könnyebben gyógyulnak, mint azok, melyek a csont acutabb megbetegedéseit kísérik. Jó hygienikus viszonyok közt feltűnő gyorsan szedi magát össze a szervezet. Kórházának tengerpart mellettsége nagy befolyással volt Ménard jó eredményeire. A camphornaphtol-injectiók gyógyértékét felébe helyezi a sohasem teljes curettage által elérhetőnek. A camphor-naphtol előállítása: 100 rész beta-naphtol és 200 rész kámfor finom porrá töretik, a massa enyhe melegnél megolvasztatik, azután filtráltatik és jól zárt üvegekbe eltéteik. (La médecine infantile 1895. 2. sz.) Torday dr.

## Bőr- és bujakórtan.

Egy új kátrány-készítményről, melyet liquor. anthracis-nak nevezett el, értekezik *Fischel*. És pedig megkülönböztet egy liquor anthr. simplexet, melyben a kátrány majdnem teljesen oldott állapotban van és híg folyadékot képez, és egy liquor anthr. compositust, mely még az előbbin kívül ként, resorcint és salicylsavat tartalmaz, és inkább pastaszerű. Készítési módja a következő: 100 gm. pix anthracis 200 gm. benzolban oldatik, melyhez még 200 gm. (90%) spiritus tétetik, ezen keverék hosszabb időn át gyakori felrázás mellett 35°-nyi hőmérsékletnek tétetik ki. Másrészt 50 gm. kalium sulf. 40 gm. forró officinalis natronlúgban (15%) oldatik és 200 gm. spiritussal hosszabb időn át felforraltatik. Ezen utóbbi oldat és egy másik oldat, mely 100 gm. resorcint, 20 gm. salicylsavat és 200 gm. spiritust tartalmaz, a fentebbi kátrány-oldathoz öntetik és az egészet jól felrázva ülepítjük. Végre hozzátéteik még néhány csepp ricinusolaj és aetherikus olaj. A liquor anthr. simpl. hasonlóképen állíttatik elő, csak hogy a resorcint, salicylsav és kal. sulfur. elmarad és egyenlő mennyiségű spiritussal pótolttatik. A többi kátrány-készítményeket (ol. fagi, rusci és cadini) eltekintve therapeutikus eredményeitől, az által mulja felül, hogy sokkal hígabb és könnyebben alkalmazható, másrészt rögtön elpárolog és a kötések nélkülözhetők. Ezen szer ajánltatik általánosságban valamennyi viszkető és lehámló bőrbántalomnál, míg a heveny lobos és nedvedző bántalmaknál nem alkalmazandó. Különösen hatásosnak találta a pityriasis versicolornál, továbbá a chronikus eczemánál és herpes tonsuransnál. A psoriasis vulgarisnál hatásra nézve a chrysarobin mögött áll, és ha nem is hat jobban, mint a többi kátrány-készítmény, könnyebb alkalmazhatása végett előnyt érdemel. Nagyon érzékeny bőrnél, ha dermatitist okoz, a szer kihagyandó, míg a lob lezajlott és addig hintőpor alkalmazandó. Minden esetben ajánlja, hogy az orvos által gyakran ellenőriztessék, legjobb a beteg bőrt minden 3—8-dik napon beecsetelni, és az időközökben indifferens szerekkel kezelni; fősúly fektetendő az individualizálásra.

Aschner Arthur dr.

## Apró jegyzetek az orvosgyakorlatra.

1. Forró fürdők meningitis cerebrospinalis esetén. Woroschilsky (Odessa) Aufrecht-nek egy közlésén felbátorodva meningitis cerebrospinalis két esetében kísérlette meg a forró fürdők alkalmazását. Az eredménynyel kiválóan meg volt elégedve és megjegyzi, hogy a szív részéről előállott szövődés sem volt contraindicatiója e therapiának. (Therap. Monatsh. 1895. febr.)

2. Papain mint galandféregűző szer. Bartholow egy esetet közöl, melyben különböző anthelminticumok (cortex radicis granati, pelletierin, terpentín-olaj) hatástalanoknak bizonyultak, néhány napon át adagolt papainra és végül erős hashajtóra azonban egy teljes taenia solium távozott el. Ajánlja a kísérletezést ezen szerrel annál is inkább, mert semmiféle kellemetlen mellékhatást nem gyakorol. (Med. news, 1894. okt. 6.)



## TÁR C Z A.

## A belorvosok XIII. congressusa Münchenben.

(1895. április 2-dikától 5-dikéig.)

(Vége.)

*Helperich* (greifswaldi sebész, mint második referens). Az appendicitis, véleménye szerint, többnyire mint hurutos bántalom kezdődik, a melynél a féregnyulvány nyálkahártyája többé-kevésbé megduzzad s a kijárást elzárja. A baj csak akkor kezdődik tulajdonképen, ha az elzárt váladék a bélfalak gyuladása folytán genyedséges lesz. A bélsárkövek csak beékelődés által okozhatnak ilyen folyamatot. A gyuladás gyakran áttérjed a szomszédos képletekre is. Sebészi szempontból fontosabb tünetek: a daganat, a mely gyakran az egész iliakalis tájat kitölti; a tapintást igen óvatosan kell végezni még kis daganatoknál is. A hőemelkedés nem jellegző. Igen fontos az ú. n. *Mac-Burney* féle fájdalmas pont, ez a spina ant. sup. és a köldök közt található, a spinától mintegy 2—3 ujjnyira, az ezen helyre korlátozott érzékenység láz és daganat jelenléte mellett kórhatározó értékkel bír. A betegek erősen izzadnak. Kétes esetekben próbacsapolást kell végezni, ha genyedség van jelen, úgy azt el kell távolítani, de H. ezen operációt nem mint sürgős életmentő eljárást kívánja tekinteni, a melyet vidéki gyakorló orvos hiányos viszonyok között is elvégezhetne, hanem csak teljes felszerelésű sebészi készlettel tartja megengedhetőnek. A sebészi beavatkozásnál fő a tályog alapos megnyitása. Az operációt a 6-dik nap előtt kellene végezni, mert a halálozás az első héten nagyobb. Néha hashártyagyuladás áll be, ekkor sürgősen kell a tályog felnyitására fogni, ha azonban a beteg igen súlyos állapotban van, úgy tanácsos várni, mert a műtét csak nagyobbítaná a veszedelmet, míg a várással gyakran jobb alkalom nyílik a beavatkozásra. A recidiváló alakoknál, ha a beteg az egyes kiújulások közt sincs egészen jól, a sebészi beavatkozás, esetleg az appendix kimetszésével van javulva. A massage csak könnyű esetekben és nagy óvatossággal kísérelhető meg.

*Sonnenburg* (Berlin) kétféle alakot vesz fel, a hurutosat és a genyedséget; a typhlitis főokát az appendix túlságos hosszúságában és megtörésében, behajlásában találja. Korai bemetszések-nél látott oly alakokat is, a midőn még genyedség nem volt. A bántalom eleinte mint colica appendicularis, vagy koprostasis kezdődik, néha nagyobb fokú meteorismus, vagy már igen korán exsudatum mutatható ki. Ha a genyedés biztosan felismerhető, úgy azonnal sebészi beavatkozás végzendő.

*Baumgärtner* (Baden-Baden) 10 év óta operálja az ilyen eseteket s azóta egy betege sem halt meg.

*Curschmann* (Lipese). A lipesei klinikán 452 esetben észlelték a jobb iliakális árok mentén gyuladást, s a belorvosi kezelés mellett (jég, opium, diaeta) 5.4% halálozásuk volt. Ő sem véli, hogy az exsudatum mindig genyedséges; a daganat általában a duzzadt szervek, bélsár, rostos izzadmány vagy genyedség által okozott.

*Graser* (Erlangen) a sebészi beavatkozás szükségességét hangsúlyozza.

*Aufrecht* (Magdeburg) szerint a perityphlitisnél az izzadmány extraperitoneumos fekvésű, a bántalom csak akkor válik veszedelmessé, ha a peritoneum is belejut a gyuladásba, s a colon ascendens mögött is támad phlegmonés lob. Klinikailag a quadratus lumbor. mentén beálló fájdalmak, a hasfalak vízkóros beszűrődése jellegzők. Az egyszerű paratyphlitis alig veszedelmes baj, a támadt tályog rendszeren a bélbe ürül. 288 esetében 5% halálozást észlelt, míg a Murphy által közölt sebészileg kezelt 104 esetben 9.6% volt a mortalitás. *Aufrecht* tapasztalatait a következő tételekbe foglalja össze: a peritoneumba átmenő genyedséges gyuladás minél előbb operálandó, sőt peritonitis esetében, ha az perityphlitishez csatlakozik, igen helyén van a műtét, ha azonban hashártyagyuladás nincsen, úgy csak tályogképződésnél kell a késhez nyulni. A belső kezelésnél nyugalom, hideg, opium és folyékony táplálék a legfontosabbak.

*Quincke* (Kiel) a székrekedés fontosságát emeli ki a typhlitis keletkezésénél, ellene főleg klismák lassanként fokozott vízmennyiségek beöntésével alkalmazandók.

*Angerer* (München) felemlíti azon tapasztalatát, hogy néha súlyos incarceratio-jelenségek állanak be, a nélkül, hogy a hasüreg megnyitása után bélesavarodást lehetne találni, csupán a bélnyálkahártya látszik egy helyen duzzadtnak s belöveltnek. Az ilyen betegek többnyire meghalnak s a bonczolás sem ad felvilágosítást.

*Stinzing* (Jéna) nem hiszi, hogy a bélbe történék át leggyakrabban a perityphlitis tályogok.

*Heubner* (Berlin): Gyermekeknél enyhén kezdődő perityphlitisek néha hirtelen rossz fordulatot vesznek. Az opiumból igen keveset adni nem jó, de a túlságos adatok is kerülendők. Ezen szert elég hosszú ideig kell nyújtani; H. jobbnak véli a poralakot mint a cseppeket.

*Dörfler* (Weissenburg) tiltakozik *Helperich* azon nézete ellen, hogy falusi orvos nem végezhetné ezen operációt, ő is több ízben sikerrel vitte azt végbe.

*Ewald* (Berlin) is látta jó természetűnek vélt perityphlitisnél súlyos kórkép hirtelen kifejlődését, úgy véli, hogy ilyenkor autointoxicatio-val van dolgunk, a méreg a bacteriumtermékekből származnék.

*Sahli* végül kifejti, hogy Roux módszere szerint az operatio oly könnyen hajtható végbe, miszerint kellő szakképzettség mellett vidéki orvos is végezheti ezen sürgős beavatkozást. Nem tartja elfogadhatónak a perityphlitis szétválasztását genyedséges és hurutosra, miután az előbbi az utóbbinak közvetlen folytatása.

*Helperich* nem tartja veszedelem nélkülinek a peritoneumon kívül fekvő tályogokat sem, miután azok is áttörhetnek befelé.

\*\*\*

A kisebb előadások közül felemlítjük a következőket:

*Litten* (Berlin) a *rekesztünetet* demonstrálta. Lábbal az ablak felé fekvő egyéneken elég gyakran lehet mély lélegzetvétel mellett a rekesz leszállását a hónaljvonal tájékán látni. L. ezen tünetnek némi fontosságot tulajdonít, főleg oly esetekben, a midőn a kopogtatás nem ad elég felvilágosítást.

*Ziegler* (Freiburg) a fokozott testhőmérsék befolyását tanulmányozta a vérre és a szövetszövetekre. Ha nyulakat hosszabb ideig 37° levegőben tartott, úgy az állatok lesaványodtak, vérük haemoglobinja megkevesbedett és májuk zsírosan elfajult. A vese csak hosszabb idő múlva mutatott elváltozást, a szívben is kevés kóros jelenség támadt. 40—41° külső hőmérsék mellett az állatok testhőmérséke egész 3° foknyi emelkedést mutatott. Ezen vizsgálati eredmények különböznek az eddigi hasonló kísérletekétől, de jobb módszerrel nyertek. A viszonyok azonban nem vihetők egyszerűen át a lázas emberre, miután ezen utóbbi esetben a hőmérsék ingadozik.

*Zahn* (Genf) oly szíveken, a melyek az életben billentyű-elégtelenség tüneteit mutatták, bonczolásnál azonban a vízpróbával az insufficienciát nem lehetett kimutatni, a billentyű szabad szélein s a szájadék alatt néha többszörös keskeny megvastagodásokat észlelt. Ezen félholdalakú sávok a vénás szájadék alatt lefelé, az arteriális billentyűk alatt pedig felfelé voltak convex-ek. Z. ezen kötőszöveti megvastagodásokat a beáramló vér odaütődéséből magyarázza, s az elváltozást készítményeken mutatta be.

*Reinert* (Tübinga) állati prostatákkal etette prostata-hypertrophiás betegeit s azok természetesen — meggyógyultak!

*Turban* (Davos). *Láztáblák-t* demonstrált gyógyuló gümőkóros betegekről.

*Schmaus* (München). A gümőkóros tüdőben a *kötőszövet magatartásáról* szólt.

*Aufrecht* (Magdeburg) az *acut nephritis pathogenesiséről* értekezett, szövettani készítmények bemutatásával.

*Schmidt A.* (Bonn). A *hydrobilirubin* kémlést mutatta be. Sublimattal kezelve az ürüléket, jellegző reactio támad.

*Oertel* (München) a *hangszalagoknak hangadásnál való rezgését láthatóvá* teszi egy új készülék segítségével, a mely villamos motorral hajtott stroboskópon alapszik s elmes szirénssípval, a mely a stroboskóp nyílásain keresztülfúvánál a forgási sebességnek megfelelő hangot ad, teszi lehetővé, hogy a vizsgálandó egyén hangszalagjainak rezgése megfelelő legyen, a vizsgálatnak ugyanis a szirén által adott hangot kell énekelnie.



*Rosenfeld* (Boroszló). Phloridzin-mérgezésnél a *máj zsírossá* válik. Ilyenkor azonban nem a májsejtek alakulnak át, hanem a szervezetben máshol levő zsír vándorol a májba, a mit az is bizonyít, hogy ezalatt a vér zsírtartalma több mint 10%-kal nagyobbodott. Ha koplaló állatnak a teljes zsírtalanság beállása után más állat zsírtját (kutyának bárányszírt) adunk, akkor ezen zsír mint olyan rakódik le bőre alatt, s részint physikai sajátosságai (szín, olvadáspont), részint chemiai tulajdonságai (jodszám) alapján felismerhető és az állatnak tulajdonképpen megfelelőül elkülöníthető. Ha ilyen vendégzsírú állatot mérgezzünk phloridzinnal, a májban az idegen zsír gyűlik meg, ismét bizonyítva a zsír oda-vándorlását. Érdekes lenne ezen viszonyokat phosphor-mérgezésnél is tanulmányozni.

*Leube* (Würzburg). A végbélen át való táplálás nem kielégítő. A szénhidratok kevésbé szívódnak fel, s a nyálkahártya sem tűri soká a tápláló beöntéseket. Kérdés tehát, hogy lehetséges volna-e *bőr alá fecskendéssel táplálni* az adott esetben a beteget. Az első kísérletek nem voltak biztatók, mert eltekintve még a mellékes, de elég gyakran a befecskendés helyén közbejött kellemetlenségektől (gyulladás, tályog, fájdalom stb.), kedvezőtlen hatások keletkeztek azon körülményből, hogy a bőr alá vitt anyagok, albuminok, peptonok, szénhidrátok közvetlenül a vérbe jutottak s a bélfal átalakító hatása nem jutott érvényre. Az ilyen anyagok a vérben csupán mint idegen testek szívódnak fel s át nem használnak. A szénhidratok is csak kis mennyiségben égne el; ha többet fecskendünk be, úgy azok a vizelettel kiürülnek, s már a 20%-os cukor-oldat befecskendése is rendkívül fájdalmas. A peptonok, albuminok is átmennek a vizeletbe, de veseizgatást, sőt gyuladást és általános mérgezési tüneteket is okoznak. Ezekkel ellentétben zsírok igen nagy mennyiségben, egészen 100 gm.-ig fecskendezhetők bőr alá a nélkül, hogy fájdalmat vagy valami más kellemetlenséget okoznának. Előbb lesoványított s azután vajbefecskendéssel hizalt kutyáknál kitűnt, hogy a vaj egyideig mint olyan rakódik le a hasüregbe, később azonban kutyazsírrá alakult át. Ebből következik, hogy egyes zsírokat, bőr alá fecskendés után, a szervezet értékesíteni képes. Az átalakulás menete azonban még tanulmányozandó.

*Basch* (Bécs) általános fejtegetéseket közölt a *compensatio* tanából.

*Rumpf* (Hamburg) *pyocyaneus bacillus* sterilizált kultúráival kezelte a typhust, s eredményei hasonlóak a megölt typhusbacillus-kultúrákkal nyertekhez. 65 esete közül csak 13-nál nem volt változás észlelhető, a többinél az injectio után némi hőemelkedés, s azután, 2—3 nap múlva, súlyedés állott be, majd remissiók következtek, s lassanként a láztalan állapot. Néha a befecskendést ismételni kellett. Véleménye szerint a befecskendett kultúra a szervezet ellenállási képességét fokozza. A szükséges adat megállapítása azonban még igen nehéz, s ezért általánosságban ezen módszer még nem használható.

*Ribbert* (Zürich). Ha házi nyúl esigolya közötti porcát megszurjuk, úgy az enyvszerű chorda-maradvány kinyomul, s a vér-alvadékhöz keverődve lassanként növekedő porcedaganatot okoz (*ecchondrosis physalifora*), a mely elcsontosodhatik is. Az ilyen daganatok előadó szerint úgy keletkeznek, hogy különben a szervezethez tartozó s azzal összefüggő sejtek önállókká lesznek s mint paraziták tenyésznek.

*Thoma* (Magdeburg) szerint verőérfalak intimájának rugalmas elemei a 10-dik életéven túl számos berepedést mutatnak, ezekből csak akkor keletkeznek értágulás, ha már előzetesen gyenge ellenállási képességgel bírt az intima.

*Posner* (Berlin) a *végbél felszívó* képességét színes anyagokkal tette próbára. Kísérletei szerint a végbél ép oly jól és gyorsan szí fel mint a bőrálatti kötőszövet, s ezért orvosságokat a végbélen át sem szabad nagyobb adatban nyújtani.

*Moritz* (München) a *Basch-féle szív-sémának* általa igen tökéletesített példányát mutatta be, a melyen a billentyű-zavarok által támadt nyomási különbözések és a teljes kiegyenlítés lehetősége a billentyű hibás zárása mellett igen tanulságos módon volt demonstrálva.

*Peiper* (Greifswald) az *ürüserum typhus ellen mentesítő és gyógyító hatásáról* értekezett. Két ürít 3 hónapon át kezelt 55—60° fok mellett sterilizált typhus-kultúrával, s ezen állatok

seruma tengeri malaczkokat s egereket mentesített, sőt a már beteg állatokat kigyógyította a typhussal való fertőzésből.

*Noorden* (Frankfurt a/M.) a diabetes mellitus előjeleként fogja fel, ha terhelt családban a még cukrot nem vizelő beteg vizelete cukortartalmúvá válik: nagyobb mennyiségű cukor evése után.

*Dehio* (Dorpat) a szívben általános kötőszöveti túltengődést látott (myofibrosis), a melynek szövettani leírását adja.

Ezzel véget értek a tárgyalások. Ha végigtekintünk az egész congressus működésén, úgy nem lehet állítani, hogy valami nagy eredményt vagy feltűnőbb új adatokat nyertünk volna. A diphtheria-vitatókozás nyugodt mederben folyt s teljesen ment volt ép úgy a kellőleg meg nem okolt optimizmustól, mint a merő negatívitól, az igaz, a kik hozzászóltak, mind beható és vizsgálatokra alapított tanulmányokkal foglalkoztak a kérdés egy és más részével. A vaskezelés és a typhlitis, a tárgyak szabatos körülírásán kívül nem haladtak előre. A specialis előadások nagy része elmaradt, s a megtartottakban talán sok volt a kórboncolási részlet. A ki azonban egy congressus értékét csak a tárgyalások elolvasása alapján ítélné meg, az igen tévedne, e tekintetben ritka az oly eredménydús működés, mint a milyen a budapesti bakteriologiai szakosztályé volt; az indirect haszon a fő, a mely az egyes részvevők személyes érintkezése, számos, különben kevésbé méltatott thema hallása és a beszéd folyamán támadó újabb gondolatokban hozza meg gyümölcsét.

*Jendrassik Ernő.*

## Német sebészeti iskola, irányok és elvek.

(Folytatás.)

Érdekes a vita, mely e pontra vonatkozólag újabban a berlini *Fürbringer* és a lipcei *Reinecke*, *Zweifel* assistense között folyik. Utóbbi kísérleteinek hosszú sorozatában, str. pyogenessal előzetesen fertőzött kezét képes volt alkohollal való öt percznyi dörzsölés által, mechanikus tisztítás után, de *nélkül* is, teljesen csiramentessé tenni, és ennek értelmében a sebészi tisztítás és bacterium eltávolítás universalis szerét látja benne. *Fürbringer* a régi módszer híve és csak a tisztítási folyamat láncolatába, mint szemet, kívánja beilleszteni, a mellett az antisepticumok értékét az előbbivel szemben több jóindulattal, mint bizonyítékkal védi. Úgy az alkohol mint az aether zsíradékoló hatásának köszöni értékét és használatát, tehát inkább a mechanikus tisztítás szertárába való.

Harmadsorban emlitem csak és egy csoportba foglalom a sebbel a mi közvetítésünk által érintkező testeket, melyeknek alatt eszközeinktől az öblítő folyadékig mindent értek, tehát tapintó pamatot, varró- és kötőszereket is egyaránt. Mindezeknek aseptikus volta a mai gyakorló sebészet alapfeltétele és egyszersmind ez az a pont, a melyre nézve a tudományos sebészetben nincsen eltérés, az elméletek évtizedes forrongásából ez a szabály elég éles körvonalakkal jegezedett ki. Hogyan véli minden egyes az elvet megvalósíthatónak, a gyakorlati kivétel kérdése; és az elvet nem alterálja, ha valaki antisepticummal törekszik csiramentesíteni kötőszert és folyadékait, mihelyt tisztában van vele, hogy azzal a sebre nem hat antiseptice.

Ha ennél a kérdésnél talán kellett volna tovább időztem, nem csak eminens fontosságánál fogva történt, hanem főképen azért, mert a nagyszámú intézetben az asepsis kezelése körül tapasztalt ugyanannyi eltérés azt a meggyőződést érlelte meg bennem, hogy a sebészek felfogása még az elvben sem jutott teljesen meggyezésre. A különbség mindjárt a berendezésen kezdődik és mindjárt e pontban nagyon jelentékeny. Ha összevetjük a régibb kórházak — főképen a bécsi „Allg. Krankenhaus“ s a berlini „Charité“ — tisztításra alkalmatlan, rosszul ventilált, fabutorzatú műtőtermeit, azokkal a cserépfalú, vas- és üveggerendezési termekkel, melyeket az újabb intézetekben többesével találunk, ezek között ismét külön laparotomizáló szobát, septikus és aseptikus operatóriumok számára elkülönített helyiséget látunk, — a szülészeti és gynaekologikus osztályokon plane többesével is; akkor arra a véleményre kell jutnunk, hogy az aseptikus dolgozás feltételei nagyon táguékonyak és egyesek felfogása szerint változók. Mikor meg épen egyező eredményekről hallunk ez ellentétes viszonyok közt, akkor az a revolutionárius felfogás ver bennünk gyökeret,



hogy e külső viszonyok kevés jelentőségűek a helyi asepsissel szemben. A világért sem mondom ezzel, hogy egy modern igényekre számított pompás teremben dolgozni nem előnyösebb, főképpen pedig kellemesebb; előnyét azonban a kedvező hygienikus viszonyok mellett abban találom, hogy emeli a helyi asepsis chanceait. A berendezés azonban elvégre is többnyire a helyi viszonyok kényszerének van alávetve, figyelemreméltóbbnak tartom az egyéni felfogástól függő helyi asepsis eltéréseit, értve alatta a műtői téren alkalmazottait. És ezek nem jelentéktelenek és olyan számosak, mint az operateurök. A legnagyobb rigorozitástól, mely zárt ajtók megett, külön aseptikus segédekkel végzi laparotomiáit, és a kis számú nézőktől nyomtatványon tiszta fehérneműt követel, egész addig az istenkísértésig, mely panaritium után hasat nyit meg, s e közben bőrkötőt és orresipőt igazgat mosakodás nélkül, szóval egyiktől a másik végletig minden fokozatát az elvben hirdetett asepsis kivitelének megtaláltam a modern sebészek táborában. Kétségtelenül itt is középuton van az igazság, csak az a felfoghatatlan, hogy az egy elvet hirdető sok tudós fej az alkalmazásban olyan képtelenül eltér, nemcsak egymástól, de gyakran amaz elvnek szellemétől is, oly annyira, hogy az ember szinte hajlandó lehetne fogalomzavarra gondolni. Kétségtelen, hogy a nagyon sok helyütt divó, óriási apparátust mozgósító asepsisben sok a felesleges sallang és az olyan körülményes módszer, a mely operáló eszmében, a gummi nadrág és kötő felé húzott steril ingben, steril sapkában dolgozik, nemcsak komikus hatású, de nehézségével az elv gyakorlati kivitelének hátrányára van. És igen helyesen jegyezte meg egy vidéki doktor barátom: a tiszta drága mulatság, még a ruházatban is, hát még a sebkezelésben! Nem terjeszkedhetem ki az egyesek irányának apró részleteire, ezek alig bírnának érdekelni és másodrendű jelentőségűek. Az olyan különbségek, hogy egyik intézet csakis sterilizált tiszta vagy sós vízzel, a másik egy s más antiseptikus oldattal dolgozik, egyik szárazon alkalmaz műszert, tampon és kompresszt, a másik folyadékból nyújtja, egy harmadik pedig váltogatja: az elvet nem akarják érinteni, csupán szelleme értelmezésében való eltérések, és azért a közérdek számára közömbösek. De ha ilyen sok és jelentékeny az eltérés a kivitelben, abban az egy pontban a német rendszer meglepően egyezik mindenütt, a mi pedig az elvet veszélyezteti, hogy t. i. ápoló személyzet kezére van bízva az eszköz és kötőszerek kezelése. Az asepsis szellemének megértésére az intelligenciának nem kis foka szükséges, az említett két foglalkozás pedig gyakorlati kivitelének egy-egy sarokköve; szinte felfoghatatlan e mellett, hogy a segédkezésben ez a két legnagyobb horderejű bizalmi állás gépies értelemmel működő, alantas személyzet vállain nyugszik. De még ha a tapasztalat a begyakorolt ápolók előnyére volna is, elveink logikája és az orvosszemélyzet önérzete tiltakozik ellene.

(Folytatása következik.)

Ihrig Lajos dr.

## Heti szemle.

Budapest, 1895. április 25-dikén.

A *Belgyógyászat* kézikönyve szerkesztői következő észrevételek közzétételére kérték fel lapunkat. A „Gyógyászat”-nak f. é. márczius 24-diki számában indult meg az általunk szerkesztett belgyógyászati kézikönyv I. kötetének bíráló ismertetése és azóta a „Gyógyászat” minden száma ennek folytatását hozza. Óhajtottuk volna, hogy a kézikönyvünk ellen felhozott, indokolatlan, sok esetben egyenesen vastag tévedéseken alapuló kifogásokra együttesen lehetett volna megadni a választ, miután azonban a bíráló a „Gyógyászat”-nak öt számában az első kötetnek még feléig sem jutott el és nem tudhatjuk, mikor jut el végéig, egynemű észrevétel megtételét már ez idő szerint nem odázhadjuk el.

A belgyógyászat szakíróira kell hagynunk, hogy a munkájuk ellen felhozott gáncsolásokra válaszoljanak; ők bizonyára elég erősek, hogy ne szoruljanak a mi védelmünkre, és hogy a támadásokat maguk utasítsák vissza, ha ugyan azt szükségesnek és elég jelentékenynek ítélik arra, hogy egészen figyelmen kívül ne hagyják, különösen azt, a mi abban nem egyéb izléstelen, személyeskedő polemianál. Mi ezúttal csak a bírálat azon első részére kívánjuk észrevételünket megtenni, a mely a szerkesztőséget

támadja meg. Ezzel tartozunk munkatársainknak és az olvasó orvosi közönségnek.

Mindjárt az első sorokban „személyes elfogultsággal, a tudományos objectivitás hiányával, áldatlan pártviszálykodással” vádolja a „Gyógyászat” a szerkesztőséget azért, mert munkatársai között nem található a kolozsvári egyetem belgyógyászati tanára, Purjesz Zsigmond tanár úr. Mi nem hiszszük, hogy a tisztelt tanár úr adott valakinek megbízást ezen reklamatióra, mert fel kell róla tennünk, hogy elolvasa legyen előszavunkat és megtalálta a kielégítő megfajtást már alaptervünkben. A bíráló úr azonban, úgy látszik, nem olvasta el, vagy nem elég figyelmesen és azért idézzük, a mit az előszó IV. lapján — miután már előbb a *budapesti kórodák és kórházak* kifejlődési menetét feltüntetettük volt — mondunk: „Megjöttnek láttuk az időt arra, hogy egyesülve több rokon irányú szaktársunkkal..... egy hazai nyelvünkön írt olyan belgyógyászati munkát hozunk létre, a mely ezen tudomány vázlatának keretében a *budapesti és szelőknek* tapasztalati eredményeit kifejezésre juttassa, kiterjeszkedve magától érthetőleg a magyar orvosi irodalom minden ide vonatkozó értékes adataira”.

Tehát mi a budapesti intézetek előhaladásából meritettük munkálatunk indító okát, abból folyólag a *budapesti* szakfelelősként kértük fel munkatársainkat, még ezek közül is csak megkötött számmal, nehogy a munka túlságosan daraboltassék el, nem pedig, mint a bíráló gondolja, vagy talán csak mondja, a *hazai* szakfelelősként; ha szándékunk ez lett volna, akkor nemcsak Kolozsváron, hanem Nagy-Váradon, Pozsonyban, Debreezen és sok más helyen kértünk és találtunk volna jeles munkatársakat.

De arról is meggyőződhetett volna a bíráló úr, hogy Purjesz tanár úr írói érdemét az előszó II. lapján külön kiemeljük és azért, ha a bírálót ezéltatos insinuatio nem vezette, azt kell róla feltennünk, hogy a miről írt, azzal nem igyekezett megismerni úgy, a hogy kötelessége lett volna.

És kérjük továbbá a bíráló urat, hol lát a mi eljárásunkban áldatlan pártoskodást? Mi rendünkben pártokat nem ismerünk, de igenis, ismerjük rendünknek egy phalanxát, a mely a magyar orvosi irodalmat megteremtette és lelkiismeretesen fejleszti, munkatársainkat igyekeztünk ezek közül megnyerni, tekintet nélkül arra, hogy tudományos dolgozataik a „Gyógyászat”-ban jelennek-e meg vagy más helyen. Nyugodtan mondhatjuk, hogy eljárásunkban valamely pártalakulásnak nyoma sem található, ez nyilvánosan csak a bíráló úr képzeletében kísért.

A „Gyógyászat” bírálójának egy sokkal súlyosabb, mert tárgyi jelentőségű vádja a szerkesztőség ellen az, hogy a munka fejezeteinek megosztását nem helyesen készítettük elő és ennek illusztrációjául azt hozza fel, hogy az „Orbán” feldolgozását nem sebészek, hanem belgyógyásznak adtuk által, a szakaszok térbeli felosztását pedig úgy tünteti fel, mintha minden íróársunk csak úgy derűre-borúra írta sokat vagy keveset, a hogy éppen tetszik, vagy mintha mi szerkesztők önkényesen szabtuk volna ki a fejezetek terjedelmét.

A bíráló úrnak az orbánczra vonatkozó praetensiója teljesen megvilágítja járatlanságát; hiszen mi igen jól tudjuk, hogy a sebész csak olyan orbánczozal találkozhat, a melynek fertőzőmánya egy sebész helyén jut a szervezetbe, de azt is tudjuk, hogy mai napon egy lelkiismeretes sebész a maga sebzett betegét úgy tudja megóvni ezen fertőzőménytől, hogy neki orbáncz észlelésére alkalmas ne legyen, eilenben a belgyógyásznak elég gyakran van alkalma találkozni olyan orbánczozal, a melynél a sebésznek még akkor sincsen tevékenységi tere, ha a fertőzőmény behatolási helyét valamely felhámfosztásban megtalálhatni; hát még ott, hol ezt sem találhatni! Mutasson nekünk a bíráló úr egy valamire való belgyógyászatot, a melyben az orbáncz nem volna leírva mint a belgyógyászra tartozó betegség és ebben nem lenne leírva belgyógyász által? Nézzé meg az újkor legjelentékenyebb két belgyógyászát, a francia *Charcot-Bouchard*-ét, a melyben az orbánczot *Guinod* írta le és a német *Nothnagel*-ét, a melyben az orbáncz tárgyalásával *Curschmann* van megbízva, a kik a bíráló úr tudtával is nem sebészek.

Még néhány szó a térfelosztásra vonatkozólag. Ha a bíráló urat igazságos bírálat vágya vezette volna, figyelembe vette volna azt, a mit az előszóban e tárgyról is mondunk: mi nem terjesz-



kedhattunk ki munkánk tervezetében olyan mértékekig, mint a francziák vagy németek tehetik, hanem saját viszonyaink minden oldalú mérlegelése után állapítottuk meg kézikönyvünk szakaszainak terjedelmét, természetesen azon tágitathatósággal, a mely elengedhetetlen, ha csak Procrustes-ágyba nem akarnók szorítani az írókat, megállapítottuk jóval előbb, semhogy a munkafelosztás személyi részébe mentünk volna bele. Minden íróársunk tudja, mennyi tért vehet cikke számára igénybe. Viszont a tudományos álláspont tárgyában olyan kipróbált és önálló szakférfiaknak, mint a milyenek a munkatársaink, természetes, hogy teljesen szabad kezdet hagyunk, tudván, hogy ha e mellett rokon tárgyú cikkekben itt-ott ellentétes nézetek érvényesülnek is, ez az illető kérdések állásának valódi megvilágítását csak előmozdítja.

Végül köszönjük, hogy a bíráló úr nekünk azon tanítást adja, hogy „a szerkesztés nemcsak nobile officiummal, hanem morális felelősséggel is jár”. Mennyi kegyes jóindulat! Nem gondolja a bíráló úr, hogy szerény pályafutáson ezen igazság felfedezéseig mi magunk is eljutottunk? A belgyógyászat kézikönyvének olvasóit megnyugtathatjuk — ha ugyan erre szükség van — arról, hogy törekedtünk előre tüzetesen megismerkedni azon nagy nehézségekkel, a melyekkel egy ilyen feladat megoldása jár nemcsak nálunk, hol e téren kezdeményezők vagyunk, hanem a nyugati nemzetek irodalmában is. Tudjuk, hogy Virchow-tól kezdve Nothnagelig, ha a kitűzött munka legnagyobb része úgy sikerült, a mint a legmelegebb szívű emberek kívánhatták, viszont egyes részek tárgyában anyagi és szellemi akadályok merültek fel, tudjuk azt is, hogy minden ilyen vállalatnál váratlan nehézségek is merülnek fel és eszelekvés közben érlelődik a tapasztalás és mindezen okokból egy átgondolt, a helyes eszelekvés útját megvilágító bírálat nekünk csak kívánatos. Sajnáljuk, hogy a „Gyógyászat” bírálatában ezen tulajdonokat meg nem találjuk. A bíráló úr eddigelő sem elég higgadtságot, sem elég tárgyismeretet nem tanúsított. Egy egész sorát tudnók már eddig is kimutatni olyan tévedéseinek, a melyekre, ha kritikákat alapít, akkor az sok egyéb lehet, csak hasznos kritika nem és így kénytelenek vagyunk a bíráló úr irányítójá nélkül folytatni nehéz utunkat. Ha végig tekintünk azon munkatársainkon, a kik támogatásukkal szerencsétlennek, igaz, hogy elkezdett utunkat a megindított irányban az ő irányítójá nélkül is megnyugvással folytathatjuk. Budapest, 1895. április 20. A Belgyógyászat kézikönyve szerkesztői.

## Vegyesek.

**Budapest, 1895. április 25-dikén.** A fővárosi statisztikai hivatalnak 1895. április 7-dikétől április 13-dikáig terjedő kimutatása szerint e héten élve született 397 gyermek, elhalt 337 személy, a születések tehát 60 esettel múltak felül a halálozásokat. — Nevezetesebb halál-okok voltak: croup —, ronesoló toroklob 7, kanyaró —, vörheny 3, himlő —, typhus abdominalis 1, gyermekágyi láz 1, influenza 5, egyéb ragályos betegségek 3, agykéreg 24, agyvérömleny 6, rángások 20, szervi szívhaj 19, tüdő-, mellhártya- s hörgőlob és hörgőhurut 71, tüdőgümő és sorvadás 74, bélhurut és béllob 17, carcinomata et neoplasmata alia 8, méhrák 3, Brigh-kór és veselő 8, angolkór 1, görvélykór 1, veleszületett gyengeség és alkathiba 22, aszkór, aszály és sorvadás 3, aggkór 13, erőszakos haláleset 12. — A fővárosi köz-kórházakban ápolatott e hét elején 2437 beteg, szaporodás 676, csökkenés 843, maradt e hét végén ápolás alatt 2270. — A fővárosi tiszti főorvosi hivatalnak 1895. április 15-dikétől április 22-dikéig terjedő kimutatása szerint e héten előfordult megbetegedés: hagymázban 7 (meghalt 1), himlőben 1, bárányhimlőben 8, vörhenyben 24, kanyaróban 43, ronesoló toroklobban 34 (meghalt 5), torokgyíkban 10 (meghalt 3), trachomában 11, hökhurutban 4, orbáncban 4 (meghalt 4), gyermekágyi lázban 1.

— **Kórházi kimutatások.** Az aranyos-maróthi vármegyei köz-kórházban Lányi Benedek dr. kórházigazgató kimutatása szerint az 1894. évben összesen 357 beteget (229 férfi és 128 nő) ápoltak; a halálozás 7.5% volt; egy betegre 26.3 ápolási nap esett; az ápolási napidíj 56 krajczárban volt megállapítva; a kórház 45 felszerelt ágyval rendelkezik. — Az irgalmasrend budapesti betegápoló intézetében az elmúlt évben összesen 1830 beteget ápoltak, és pedig a kórházban 1536-ot (csupán férfiak), az elme-kórosok osztályán pedig 294-et (214 férfi és 80 nő). Egy betegre a kórházban 22.97 ápolási nap esett, az elme-kórosok osztályán pedig 242.89 nap. A halálozás a kórházban 4.75%, az elme-kórosok osztályán 18.7% volt. Sebészi műtét összesen 414 esetben végeztetett. — A jászberényi „Erzsébet” köz-kórházban 1894-ben összesen 273 egyént (181 férfi és 92 nő) ápoltak; egy betegre átlag 27 nap esett; a halálozás 2.2%-ot tett, nagyobb műtét összesen 10 esetben végeztetett. A kimutatást Gere Gyula dr. kórházi igazgató tette közzé. — A maros-

vásárhelyi országos kórházban — a mint azt Marosi Kálmán dr. kórházi igazgató kimutatásában olvassuk — a múlt évben összesen 1896 beteg (1276 férfi és 620 nő) ápolatott; egy betegre 24.94 nap esett; a halálozás 4.9%-ot tett. Sebészi műtétet 252, szemészetit pedig 12 esetben végeztek.

○ A harmadik nemzetközi dermatologiai congressus 1895. augusztus hó 4-dikétől 8-dikáig bezárólag fog Londonban megtartatni. A congressus elnöke: Hutchinson Jonáthán, főtitkára: Pringle I. I., pénztárosa: Morris Malcolm. A congressus alelnökei az angol orvosi kar kitünőségei, továbbá más nemzetek jeles szakemberei, Magyarország részéről Schaeffer Ernő tnr. A részvételi díj egy font st. A részvételre való jelentkezések, valamint az esetleges előadások címzeinek bejelentése a főtitkárhoz (lakik: 23. Lower Seymour Street London W.) vagy pedig a congressus magyarországi titkárához, Török Lajos dr.-hoz (Budapest, V., Tükör-utca 5) intézendő.

— **Egyetem Budán.** A budai polgárság küldöttsége tiszteltet a napokban a miniszerelnöknél és a közoktatásiügyi miniszerelnél, emlékiratot nyújtva át az egyetemi kérdés megoldásáról. Az emlékirat azt ajánlja, hogy a budapesti egyetem összes intézeteit egy a vérmézőn berendezendő egyetemi telepre helyezték át; ugyanitt gondoskodni kellene a fiatalság számára lakásokról, olcsó élelmiszerről stb., úgy hogy a vérmézőn valóságos egyetemi város keletkezne. Ezen terv mellett az emlékirat szerint az ifjúság erkölcsi érdekei is szólnak, mert így el lehetne érni azt, hogy a nagy város idegromboló zajától távol külön diák-társadalom keletkezzék, olyan, mint az angol egyetemi városokban.

— **Az elmebetegek összeírása tárgyában** a belügyminiszer körrendeletet bocsátott ki. Minthogy az 1890-diki népszámláláskor az elmebetegek száma hazánkban kisebbnek lett kimutatva mint az 1880-diki népszámlálás alkalmával, az általános tapasztalat pedig azt mutatja, hogy az elmebetegek száma sajnos mértékben növekedőben van, a mit úgy az elmebetegeknek tébolydáinkban napról napra szaporodó jelentkezése, mint a külföldön alaposan felvett statisztikai adatok világosan bizonyítanak: az 1890-diki népszámlálásnak az elmebetegekre vonatkozó adataihoz kétség fér. Minthogy pedig az elmebetegek ügyét intéző állami igazgatásnak az elmebetegek számáról megbízható adatokkal kell bírnia, a belügyminiszer elhatározta, hogy az 1890-diki népszámlálás adatainak kiegészítéséül az ország elmebetegeit az 1895. év folyamán az erre leginkább hivatott szakértő közegekkel, a törvényhatósági tiszti, a városi, községi és körorvosokkal összeírattja.

— **A cholera-járvány Galicziában,** valamint általában a birodalmi tanácsban képviselt tartományokban megszűnő, a kereskedelmi miniszer a galicziai és bukovinai területekre vonatkozólag korábban elrendelt árúbehozatali tilalmat a belügyminiszerrel egyetértőleg hatályon kívül helyezte.

— **Új elmebeteg megfigyelő osztály.** A budapesti kir. törvényszék löportár-dűlői fogháza mellett elmebetegmegfigyelő-osztályt állított fel, melybe a helyiségek befogadási képessége által korlátolt számban: a) kétes elmeállapotú előzetes letartóztatottak és vizsgálati foglyok elmeállapotuk megfigyelése végett; b) oly jogerejűleg szabadságvesztésbüntetésre ítélték, a kiken elmebetegség jelenségei mutatkoznak, ápolás, illetőleg elmebajuk gyógyítása végett lesznek elhelyezhetők. A befogadás mindig csak előlegesen kieszközölendő engedéllyel és pedig az előzetes letartóztatottak és vizsgálati foglyoké csak a felvételt elrendelő bíróság határozat, az elítélteké pedig a fogház-orvos által szerkesztendő szabályszerű kórrajz és vélemény alapján történhetik.

— **Kolozsváron a tiszti orvosi vizsgák** folyó évi május hó 16-dikán kezdődnek.

— **Trachoma-orvosok.** Azon orvosok és szigorló-orvosok, kik trachoma-orvosi kiküldetést óhajtanak elnyerni, a székes-fővárosi szt. István-kórház trachoma-osztályának vezetőjénél jelentkezhetnek. Kiküldetésre csak azon orvosok tarthatnak igényt, a kik maguknak nevezett osztályon a kellő gyakorlatot elsajátították és erről ott tanúságot is adnak.

— **Salzerbad gyógyhely,** mely az erdős és kedélyes Salzerbölgyben fekszik, valóban páratlan szépségű nyári tartózkodó hely. A terjedelmes, árnyékos fenyőerdők tiszta és ozonú levegőt szolgáltatnak, mely minden portól menten a légzőszervekre erősítőleg, a vérkeringésre pedig üdítőleg hat. A gyógyhely fekvése, két erdős hegy közepette, valóban megragadó. Utolsó vasúti állomás Hainfeld, esinos alsó-ausztriai városka, a honnan rendes omnibuszjáratok közlekednek a fürdőhelyre. A fürdő mostani tulajdonosa Ebeczki Tihanyi Dénes, ki a fürdő természetadta előnyeit minden kitelhető módon gyarapítja szén-savas, sós- és vasas-fürdők, lúp-, fenyőtű- és kénesfürdők, valamint a legkiterjedtebb hydrotherapiái és elektrotherapiái felszerelések által. Egyebekben utalunk a lapunk mai számában megjelent hirdetésre.

— **Megjelent és a szerkesztőséghez beküldött füzetek.** Chyzer Kornél dr.: Bártfa-fürdői emlékkönyv. II. kiadás, 70 ábrával és a szerző arcképével. Eperjes, 1895. Érdekes illusztrációkkal kísért tartalmas leírása ezen régi jóhírű és újabban nagyobb lendületbe jött hazai fürdőnek. — Bókai Árpád dr.: Hazai és külföldi ásványvizek és fürdők összehasonlítása. — Békassy Géza dr.: A gyermekek fürdőzésének közegészségi és gyógyászati jelentősége. Mindkét füzet Preysz dr. Fürdőirodalmi könyvtárában jelent meg és tanulságos olvasmányul szolgálhat mostan a fürdőzés idejének kezdetén. — Drasche: Bibliothek der gesammten



medizinischen Wissenschaften, 56—61. Lieferung, melyek az orvosi chemiából a 3—4., a szülészet és nőgyógyászatból a 12—14., a belkórtaiból a 6-dik füzetet szolgáltatják, az előbbiekhöz hasonló gondosan kidolgozott cikkekkel. — 365 Speisetzettel für Zuckerkranken von F. W. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann 1895. — Ueber Asthma, sein Wesen und seine Behandlung von Dr. W. Brügemann. 3-dik kiadás. U. a. kiadó. 1895. — Ovarialtumoren und Ovariectomie. Meningocele sacralis anterior. Die Symphysiotomie. Von Dr. med. H. Löhlein O. Pr. der Geburtshilfe und Gynaekologie in Gießen. U. a. kiadó. 1895. — Dr. Fr. Schilling: Diätotherapie. U. a. kiadó. 1895.

† Elhunyt: Osztián Gyula dr., tordai körorvos 30 éves korában Tordán.

—r. Mai számunkhoz van mellékelve Szilács fürdő prospektusa.

—r. A Reichenhaller gyógyfürdő prospektusát veszik olvasóink a mai laphoz mellékelteként, mely eme híres gyógyhely leírását foglalja magában.

— Lapunk jelen számához a Borosznó gyógyfürdő ismertetése van mellékelve, melyre különösen felhívjuk a figyelmet.

Dr. Herczel egyet. m.-tanár **sebészeti és nőgyógyászati sanatoriuma Budapest, VII.** Felső erdősor 5. sz. — Állandó orvosi felügyelet. — Gondos ápolás. — Kitiűző ellátás. — Telefon. — Mérsékelt árak. — Kiváratra prospektus.

## „Szt. Lukács-fürdő“ részvény-társaság

Budapest.

**Uj! Gyógykezelés meleg kénese vízzel: A thermalis zuhanyfürdő!! (Douche massage).** Téli kúra az iszapfürdőben, mely a szállodákkal egy épületet képez. **Nehéz betegek számára felhúzó készületek külön iszapfürdőbe. Kényelem és jó ellátás. Lakásokról és fürdőkről küld prospectust az igazgatóság.** A fürdő főorvosa: Bosányi Béla dr.

### Heti kimutatás

a budapesti szt. Rókus- és szt. István-kórházban 1895. április 18-tól egész 1895. április 24-ig ápolott betegekről.

1895.	Felvett beteg			Elbocsátott gyógy.			Meghalt beteg			Maradt beteg			Az ápoltak közül a Rókusban		
	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	férfi	nő	összesen	beteg	szülőnő	az állítólag kórházban
Ápr. 18	58	42	100	56	30	86	4	3	7	1117	1005	2122	1026	32	45
" 19	48	57	105	50	3	53	4	2	6	1111	1024	2135	1023	30	51
" 20	69	46	115	43	52	95	10	6	16	1127	1012	2139	1019	30	54
" 21	45	31	76	66	39	105	5	2	7	1101	1002	2103	1016	31	55
" 22	71	55	126	52	56	108	6	5	11	1114	996	2110	1016	30	60
" 23	61	56	117	45	41	86	5	7	12	1125	1004	2129	1012	31	58
" 24	54	44	98	40	44	84	—	2	2	1139	1002	2141	1022	31	57

## HIRDETÉSEK.

### BILINI SAVANYÚKÚT

legkiválóbb képviselője az alkalikus savanyú vizeknek.

10,000 részben: szénsavas natron 33-6339, kénsavas natron 7-1917, szénsavas més 4-1050, chlornatrium 3-8146, szénsavas kali 2-3496, szénsavas Magn. 1-7157, szénsavas Lithion 0-1089; szilárd alkotórészek, 53-3941 összes szénsav-tartalom 47-5567, hőmérsék 12-30° C.

Régóta híres gyógyforrás vese-, hólyag-, gyomor-bántalmak, köszvény, hörghurut, aranyernél stb.

Kitűnő diaetikus ital.

### Savanyúkút gyógyintézet.

Ivó- és fürdő-kúra, minden kényelemmel ellátva, kád-, gőz-, elektr. fürdők, legújabb szerkezetű fürdők Gärtner bécsi tanár szerint, hidegvíz-gyógyintézet, tökéletes berendezéssel, massage stb.

Fürdőorvos: Med. Dr. REUSS VILMOS A fürdő-igazgatóság Bilinben Csehországban.

**DR. DOLLINGER GYULA**

**TESTEGYENÉSZETI**

ÉS

**SEBÉSZETI INTÉZETE**

**BUDAPEST**

VII., KEREPESI-ÚT 52.

A budapesti poliklinikán berendezett vegyi-, gőrcsői- és bacteriologiai

**ORVOSI LABORATORIUMBAN**

mindennemű ép és kóros váladéknak (ú. m.: vizelet-, köpet-, vér-, dajkatej-, hányadék-, ex- és transsudatum stb.), továbbá szöveteknek, daganatoknak úgy vegyi, mint gőrcsői és bacteriologiai vizsgálatára vállalkoznak

**dr. VAS BERNÁT és dr. GARA GÉZA a laboratórium vezetői.**

Poliklinika: VII., Dohány-utca 31. szám.

Med. univ. Dr. BÁCSEKAY BÉLA

**nyilvános tehénhímlőtermelő intézete**

ARADON

egész éven át szállít friss és biztos fogamzására nézve mindenkor előzetesen kipróbált ottanyagot a következő áron:

Egy phloa 50 egyénre (1 gr.)	3.—	100 egyénre való 8—10 phloába
Két " 100 " (2 gr.)	6.—	osztva " " " " " " " "
Egy " 3 " "	—50	Saját találmányú szabályozható scarifi-
" " 15 " "	1.50	cator (igen kedvelt ottó-eszköz) 1.25

A jelenkor legjobb vaskészítménye a kellemes ízű

**Syrup ferri albuminati Diósy**

(40%-os vas-albuminat-tartalommal)

**Syrup ferri album. arsenicalis Diósy**

(40%-os va.-albuminat és 1/2% Fowler-oldattal)

**Syrup ferri album. phosphorici Diósy**

(40%-os vas-albuminat és 0.01% phosphorral).

Kapható:

**DIÓSY LAJOS gyógyszerésznél,**

Budapest, Damjanich-utca 2. sz. és legtöbb gyógyszerárban.

**Trencsén-Teplicz kénese-fürdő**

Felső Magyarországon Vasúti állomás Tepla-Trencsén-Teplicz.

Az osztrák-magyar monarchia legerősebb kénese-fürdői 28°—32° R. fokú meleg forrásokkal. Javallatok: köszvény, csúsz, megrogzott syphilis, idegzsákák, ischias, időit bőrbetegségek, csontszű és úszók, makacs sebek stb.

Kényelmes és olcsó. — Fürdő-leírást ingyen küld a fürdőigazgatóság.

**Vinum sagrae genuinum „Liebe“.**

Ezen jó ízű hashajtó, mely erjesztőktől ment s azért fájdalom nélkül ható friss Cascara sagrae-ból készült és 1,15 fajl. súlyú (1 cem = 1 g) minden hátrány nélkül fokozza a peristaltikus mozgást és ezáltal rendes, pépes ritkán folyékony székürítést okoz s hosszú időre szabályoz, jól eltartható, öreg korban, terhesség alatt és gyermekeknek is használható. Enyhe hatása miatt számos orvos a drasztikus hashajtóknál jobban kedveli.

Sokszor kevesebb értékű, többnyire utálatos ízű utánzások fordulván elő, mindig a Liebe-féle sagrae-bor rendelőndő.

A gyógyszerárakban. 14 érem és diszoklevél.

Főraktár: TÖRÖK JÓZSEF gyógyszerárában Budapest, király-utca 12. sz.

**J. Paul Liebe, Drezda.**